Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Winckel, München. Dr. v. Ziemssen, München.

№ 34. 23. August 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Klinik zu Giessen.

Ueber einen Fall von Ileus, bedingt durch Peritonitis tuberculosa.

Von Dr. *Poppert*, Assistenzarzt und Privatdocent.

Unter den verschiedenen Affectionen, welche in der Aetiologie des Darmverschlusses eine Rolle spielen, nimmt die tuberculöse Peritonitis eine der letzten Stellen ein, obwohl sich im Verlaufe derselben zahlreiche und ausgedehnte Adhäsionen bilden können, welche geeignet sind, eine Verlegung des Darmes zu veranlassen. Es mag sich dies wohl daraus erklären, dass die Bauchfelltuberculose in der grossen Mehrzahl der Fälle zum Tode führt, bevor es zur Ausbildung dieser Folgeerscheinungen kommt. Das Hinzutreten von Ileus zu einer bestehenden Peritonealtuberculose stellt natürlich eine höchst bedenkliche Complication dar, welcher der Kranke in der kürzesten Frist unterliegen muss, und es ist begreiflich, dass unter diesen Umständen der Chirurg nur sehr selten in die Lage kommt, derartige Fälle zu behandeln und dass die Heilerfolge nur bescheiden sein können. Wenn wir nun der Ansicht sind, dass man auch in diesen verzweifelten Fällen einen Versuch machen soll, das Leben zu retten, so stützen wir uns hierbei auf die in den letzten Jahren gewonnene Erfahrung, nach welcher die tuberculöse Peritonitis kein absolut unheilbares Leiden darstellt und nach welcher sie sich gerade der chirurgischen Therapie in hervorragendem Maasse zugänglich erweist. Ist doch ohne Zweifel in einer relativ grossen Anzahl von Fällen durch die Laparotomie eine dauernde Heilung oder doch eine auffallende Besserung erzielt worden. Dass in der That das Bestehen einer Bauchfelltuberculose keineswegs den chirurgischen Eingriff zur Beseitigung des Ileus verbietet, wird durch einen Fall bewiesen, welchen ich vergangene Herbstferien in der hiesigen Klinik zu operiren Gelegenheit hatte; bevor ich jedoch hierauf näher eingehe, möchte ich zunächst die wenigen hierher gehörigen Fälle, welche ich in der Literatur auffinden konnte, kurz vorführen.

In der statistischen Zusammenstellung von Schramm[1]) über die Laparotomie bei innerem Darmverschlusse findet sich ein von Loreta operirter Fall, bei welchem seit 5 Tagen Ileus bestand, und wo sich bei der Laparotomie neben tuberculöser Peritonitis ein einschnürender Strang fand, der getrennt wurde. Der Tod erfolgte nach einigen Stunden.

Ein zweiter Fall von Kümmell[2]) betrifft einen 20jährigen Mann, der plötzlich unter den Erscheinungen von Ileus erkrankt war; bei der am 2. Krankheitstage ausgeführten Laparotomie wurde ein in der rechten Inguinalgegend fixirtes straffes Band gefunden, das gelöst wurde, worauf die Erscheinungen zurückgingen. — Als zufälliger Nebenbefund wurde constatirt, dass das ganze Bauchfell mit miliaren Tuberkeln übersät war, gleichwohl erholte sich der Kranke sehr rasch und nahm an Körpergewicht bedeutend zu. Nach 4 Monaten erfolgte der Tod an allgemeiner Tuberculose.

Ferner berichtet Knaggs[3]) über 2 Fälle von tuberculöser Peritonitis, welche allerdings nicht das Bild des vollständigen Darmverschlusses zeigten, sondern nur die Erscheinungen des chronischen Ileus darboten. Eine genaue Diagnose konnte vor der Operation nicht gestellt werden. In dem ersten Falle (15jähriger Knabe) hatte sich im Laufe von einigen Monaten ein deutlich fühl- und sichtbarer Tumor in dem oberen Theil des Abdomens ausgebildet, der Knabe litt an Durchfällen, erbrach häufig und magerte schliesslich stark ab. Bei der Laparotomie wurde eine diffuse Peritonitis adhaesiva vorgefunden, in der Tiefe der Bauchhöhle fand sich ein Convolut collabirter Dünndarmschlingen, welche durch Verwachsungen vollständig mit einander verklebt waren; die übrigen in der Nähe befindlichen Schlingen waren gefüllt. Die Adhäsionen zwischen den zusammengefallenen Schlingen wurden gelöst, dabei wurde aber der Darm verletzt und nachträglich entleerte sich fäculentes Secret aus der Bandwunde. Tod nach 5 Tagen. Bei der Autopsie fand sich die Peritonealhöhle grösstentheils obliterirt, an den verschiedensten Stellen derselben waren eitrige und käsige Massen abgelagert, ausserdem fanden sich tuberculöse Geschwüre im Dickdarm. — Die zweite, 44 Jahre alte Patientin litt bereits seit 3 Monaten an chronischem Ileus, sie hatte täglich mehrmals Erbrechen und litt an Stuhlverstopfung. Die Kranke war bereits im höchsten Grade erschöpft, als sie zur Operation kam. Nach einer Incision in der Linea alba fühlte man eine Anzahl geschwollener Mesenterialdrüsen, das Peritoneum war mit einer Unzahl von kleinen Tuberkelknötchen besetzt. Ohne weitere Manipulationen wurde der Bauch wieder geschlossen. Wider Erwarten besserte sich der Zustand der Patientin von nun an zusehends, es erfolgte nur noch einmal innerhalb der nächsten 24 Stunden Erbrechen, die Function des Darms wurde wieder regelmässig. 10 Monate nach der Operation befand sich Patientin in einem leidlich guten Gesundheitszustand, ihr Körpergewicht hatte zugenommen, und sie war im Stande, leichtere Hausarbeiten zu verrichten, ihre einzigen Beschwerden bestanden in zeitweise auftretender Flatulenz.

Hierher zu rechnen ist wohl auch ein Fall von König[4]), in welchem wegen Verdachtes auf Darmstenose der Bauchschnitt gemacht worden war. Die Erkrankung betraf einen 9jährigen, sehr herabgekommenen Knaben, der $^3/_4$ Jahre vorher vorübergehend an Durchfällen und Appetitlosigkeit gelitten hatte. Seit 14 Tagen bestand starke Obstipation und fäculentes Erbrechen. Bei der Laparotomie fanden sich massenhafte käsige Knoten von Erbsen- bis Kirschgrösse, die Darmschlingen waren vielfach miteinander verwachsen. Es gelang nur einen Theil der Adhäsionen zu lösen, wobei der Darm verletzt wurde. Am folgenden Tage erfolgte der Tod.

[1]) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 30, p. 711.
[2]) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 37.
[3]) Some remarks on the operative treatment of chronic obstruction of the small intestine. Lancet, 1886, 16. Octbr.
[4]) A. Philipps, Die Resultate der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Göttingen.

Der in der hiesigen Klinik beobachtete Fall ist folgender:

Anna L., 11 Jahre alt, aus Trohe, wurde im August 1890 wegen einer Pleuritis exsudativa in der hiesigen medicinischen Klinik vorübergehend behandelt. Früher soll Patientin stets gesund gewesen sein. Der Vater starb 1 Jahr vorher an Phthise. Kurz nach der Entlassung aus der Klinik erkrankte Patientin an Diphtheritis. Von dieser Zeit an soll die Kranke, wie nachträglich festgestellt wurde, öfters über leichte Schmerzen im Leib geklagt haben, letzterer sei hart, aber nicht aufgetrieben gewesen, dabei hatte die Kranke stets guten Appetit und sah blühend und gesund aus. — Ihre jetzige Erkrankung begann ganz plötzlich am 11. IX. 91 unter heftigen, mit kurzen Unterbrechungen auftretenden Schmerzen im Leib, es erfolgte öfters Aufstossen, am Abend stellte sich Erbrechen ein. Letzteres wiederholte sich in den nächsten Tagen fast bei jeder Nahrungsaufnahme, Stuhl und Flatus blieben aus. Am 12. XI. Abends erfolgte die Aufnahme der Patientin in die medicinische Klinik. Es wurde hier Ileus constatirt, der erbrochene und der ausgeheberte Mageninhalt war von bräunlich gelber Farbe und von fäculentem Geruch, Einläufe blieben ohne Erfolg, es wurde hierbei nur etwas fester Stuhl entleert. Die tief eingeführte Mastdarmsonde traf auf kein Hinderniss. Abgang von Blut und Schleim wurde nicht bemerkt. Kein Fieber. Der Puls beschleunigt, 120—140. — Da trotz reichlicher Dosen Opium und trotz regelmässiger Ausspülung des Magens der Zustand sich verschlimmerte und die Kräfte rasch verfielen, wurde Patientin am folgenden Abend (14. IX. 91) auf die chirurgische Klinik verlegt.

Der hier aufgenommene Befund ist folgender: Gracil gebautes Mädchen von gutem Ernährungszustand. Patientin ist matt, hinfällig, dabei sehr unruhig, das Gesicht ist blass, der Puls klein und frequent, 150. Der Bauch ist mässig aufgetrieben, bei der Palpation findet sich in der Höhe des Nabels eine 3 fingerbreite, quer über das ganze Abdomen verlaufende Resistenz, welche unmittelbar an der vorderen Bauchwand zu liegen scheint. Diese Resistenz ist unverschieblich und fühlt sich entschieden härter wie eine ausgedehnte Darmschlinge an, der Percussionsschall ist im Bereiche derselben deutlich gedämpft; in den übrigen Theilen des Abdomens ist der Schall tympanitisch. Zeitweise sind lebhafte peristaltische Bewegungen durch die Bauchdecken sichtbar, am deutlichsten ist dies im Hypogastrium zu beobachten, dicht unterhalb jener Resistenz, wo eine geblähte Darmschlinge sich deutlich vorwölbt.

Sofort nach der Aufnahme Laparotomie: Schnitt in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse. Nach breiter Eröffnung der Peritonealhöhle ergiebt sich zunächst, dass die oben erwähnte querverlaufende Resistenz durch das zusammengerollte und geschrumpfte Netz gebildet wird, welches einen dicken, mit der vorderen Bauchwand verwachsenen Wulst bildet, der sich rechts in der Tiefe unterhalb der Leber als dicker, knolliger Strang verliert. Bei dem Versuch nun, die in der Wunde sich präsentirenden, stark gefüllten und lebhaft injicirten Darmschlingen etwas zur Seite zu drängen, um nach dem Hinderniss zu suchen, zeigt sich, dass die Schlingen untereinander und mit der Bauchwand in ausgedehntem Maasse verwachsen sind. Diese bindegewebigen Verwachsungen sind theils breit und flächenhaft, theils bandförmig. Das ganze Bauchfell, der Darm und das Mesenterium sind mit zahlreichen hanfkorn- bis erbsengrossen Knötchen besetzt, welche grauweiss gefärbt und zum Theil an einem dünnen, bindegewebigen Stiel befestigt sind. Kleine miliare Knötchen können nicht wahrgenommen werden. Mit der in die Bauchhöhle eingeführten Hand konnte man in der Gegend des Coecums leere Darmschlingen fühlen, ferner liessen sich im Mesenterium und in der Fossa iliaca beiderseits zahlreiche knollige, bis wallnussgrosse, feste Tumoren (vergrösserte Lymphdrüsen) nachweisen. — Nach diesem Befunde durfte mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Darmverschluss im vorliegenden Falle durch eine Abknickung des Darms in Folge der Adhäsionen bedingt werde. Da nun bei den ausgedehnten Verwachsungen das Aufsuchen des Hindernisses sehr erschwert war und auch ziemlich aussichtslos erscheinen musste, entschloss ich mich, um die Operation möglichst abzukürzen und zu vereinfachen, eine Darmfistel anzulegen. Deshalb Verkleinerung der Laparotomiewunde und Einnähen einer in der Bauchwunde querverlaufenden, stark ausgedehnten und ebenfalls mit Knötchen versehenen Dünndarmschlinge in der gewöhnlichen Weise, nachdem vorher die Bauchwunde mit Peritoneum umsäumt war. Aufpinseln von Jodoformcollodium auf die Nahtstelle und sofortige Eröffnung des Darms, in welchen zur Ableitung des Koths ein Drain eingeführt wird. Sogleich Entleerung einer grossen Menge, beiläufig 1 Liter, dünnflüssigen Darminhaltes. — Der Puls ist nach beendigter Operation sehr klein, kaum fühlbar; die Patientin nach dem Erwachen aus der Narkose sehr unruhig und angegriffen, erst am folgenden Morgen wird der Zustand etwas besser. Während der Nacht war noch reichlicher Darminhalt ausgeflossen.

Am 15. IX.: Der Gesichtsausdruck ist etwas besser geworden, der Puls kräftiger, keine Temperatursteigerung (36,9). Der Bauch ist abgeschwollen, nicht druckempfindlich; zeitweise Klagen über Ziehen im Leib. Heute Vormittag noch einmal Erbrechen. — Der weitere Verlauf war vollkommen fieberfrei und gestaltete sich günstig; schon am 19. IX., also 5 Tage nach der Operation, stellte sich der erste Stuhl auf natürlichem Wege ein, die Kleine erholte sich nunmehr rasch, hatte guten Appetit und erhielt wieder eine gute, blühende Gesichtsfarbe. Am 21. IX. wurde das Gummirohr entfernt und die Fistel durch einen leichten Druckverband geschlossen gehalten. Der Stuhl erfolgte von nun an regelmässig alle 1—2 Tage per rectum, aus der Fistel entleerten sich nur geringe Mengen Darminhalt.

Am 3. XI. schloss ich die Darmfistel in folgender Weise: Zunächst wurde die Fistel elliptisch angefrischt und am oberen und unteren Ende des Ovals ein Längsschnitt durch die Haut von je 3 cm zugefügt. Nachdem alsdann die Haut zu beiden Seiten der Fistel auf eine grössere Strecke von der Fascie abgelöst war, wurden einige Nähte in den Rand der Fistel gelegt, hierüber kam eine zweite Nahtreihe, welche die deutlich vorspringenden Ränder der Recti vereinigte, endlich wurden hierüber die abgelösten Hautlappen durch Knopf- und Matratzennähte derart in Verbindung gebracht, dass sich die Wundflächen derselben in breiter Ausdehnung berührten. Die Wundwinkel blieben etwas klaffen, um dem unter den Hauptlappen etwa sich ansammelndem Secret einen Ausweg zu gestatten. — Am 12. XI. Entfernung der Hautnähte, am 18. XI. war die Wunde vollkommen vernarbt und Patientin konnte das Bett verlassen. Am 20. XI. klagte Patientin über krampfartige Schmerzen beim Urinlassen, der Harn zeigte flockige Trübung, Tuberkelbacillen wurden in demselben nicht gefunden. Diese katarrhalischen Erscheinungen währten nur kurze Zeit, sie gingen unter entsprechender Behandlung rasch zurück. Am 6. XII. wurde die Kranke mit blühendem Aussehen entlassen. — Die durch das eingerollte, nach oben retrahirte Netz bedingte Verhärtung war unverändert, das Abdomen im übrigen weich, nirgends schmerzhaft, auch von Seiten der Brustorgane bestanden keine objectiv nachweisbaren Erscheinungen von Tuberculose. Der Stuhl regelmässig. — Seither stellte sich die Kleine noch öfters bei gutem Allgemeinbefinden hier vor, Mitte April ds. Jrs. traten nochmals Urinbeschwerden auf, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, auch gegenwärtig, also 11 Monate nach der Operation, erfreut sich die Kleine des besten Wohlbefindens.

Mit einem bei der Laparotomie entnommenen Tuberkelknötchen wurde ein Impfversuch vorgenommen, ein Theil des Knötchens wurde in die vordere Augenkammer eines Kaninchens gebracht, es entwickelte sich nach einigen Wochen eine typische Tuberculose der Iris, welche zur Verkäsung und Phthisis des Bulbus führte. In den Schnitten des Bulbus wurden zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Zu dem vorstehenden Falle möchte ich mir nur wenige Bemerkungen erlauben. Was zunächst die Wahl der Operation betrifft, so hielt ich die Laparotomie für indicirt, da der Meteorismus gering war und da zudem vermuthet werden durfte, dass die in der Nabelgegend fühlbare Resistenz mit dem Darmverschluss in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sei, dass somit das Aufsuchen des Sitzes der Occlusion leicht gelingen werde. Diese Annahme war jedoch irrig, ein Hinderniss wurde an dieser Stelle nicht entdeckt, dagegen fanden sich sehr zahlreiche, ausgedehnte Adhäsionen in Folge einer tuberculösen Peritonitis, durch welche die Darmschlingen zu einem unentwirrbaren Knäuel fest mit einander verlöthet waren. Da es sich als unmöglich herausstellte, diese derben bindegewebigen Adhäsionen sämmtlich zu lösen und die Ursache des Darmverschlusses zu beseitigen, so wurde der ursprüngliche Plan aufgegeben und eine Dünndarmfistel angelegt. Denn abgesehen davon, dass es von Wichtigkeit war, bei dem reducirten Kräftezustand der Patientin den operativen Eingriff möglichst zu vereinfachen und abzukürzen, war im vorliegenden Falle die Annahme berechtigt, dass eine Abknickung des Darms in Folge der Verwachsungen vorliege, bei welcher Form des Darmverschlusses ja die Enterotomie erfahrungsgemäss recht günstige Erfolge aufweist. Der Ausgang bewies die Richtigkeit unserer Voraussetzung, die Ileuserscheinungen gingen sofort zurück und schon einige Tage nachher stellte sich der Stuhl auf normalem Wege wieder ein. Eine Störung in der Fortbewegung des Darminhalts ist bisher nicht wieder eingetreten und die Darmfistel dauernd geschlossen geblieben. — Es ist bemerkenswerth, dass im Gegensatz zu dem günstigen Verlaufe unseres Falles die beiden analogen Fälle von Knaggs und König, wo die directe Beseitigung dieses Hindernisses durch Lösung der Adhäsionen zwischen den Darmschlingen versucht wurde, letal endigten.

In klinischer Beziehung ist bei unserer Beobachtung noch hervorzuheben der schleichende, symptomlose Verlauf der Tuberculose trotz der schweren und ausgedehnten Veränderungen des Bauchfells. Störungen des Allgemeinbefindens fehlten nahezu vollkommen und die Ernährung hatte nicht Noth gelitten. So erklärt es sich auch, dass an die Möglichkeit einer tuberculösen Peritonitis als Ursache des Darmverschlusses gar nicht gedacht

worden war; hätte man die Kranke längere Zeit in Beobachtung gehabt, so würde vielleicht die durch das geschrumpfte Netz bedingte charakteristische Resistenz in der Nabelgegend auf den richtigen Weg geleitet haben. Nimmt man jedoch derartige Kranke in Behandlung, wenn bereits die Erscheinungen des Ileus ausgeprägt sind, so stehen letztere so sehr im Vordergrund, dass das Grundleiden leicht übersehen werden kann. Auch in den übrigen eingangs erwähnten Fällen von Ileus war vorher die Diagnose nicht gestellt worden, die Peritonitis tuberculosa fand sich immer als unerwarteter Nebenbefund. — Was nun die operativen Resultate betrifft, so starben von sämmtlichen 6 Fällen 3 sogleich nach der Operation, bei den übrigen gingen die Ileuserscheinungen zurück, einer dieser letzteren Fälle (Kümmell) starb 4 Monate später an allgemeiner Tuberculose. Ob bei unserer Patientin die Laparotomie auf den Verlauf der Bauchfelltuberculose von Einfluss gewesen ist, kann nicht mit Bestimmtheit behauptet werden, denn es handelte sich hier um eine unter dem Bilde der adhäsiven Peritonitis verlaufende Erkrankung, bei der bekanntlich die Bedingungen für eine spontane Heilung günstig sind, weil durch die Bindegewebsneubildung die Erkrankungsherde abgekapselt und unschädlich gemacht werden können. Dagegen kann die günstige Einwirkung der Laparotomie auf den Verlauf der Tuberculose in dem zweiten Knaggs'schen Falle, bei welchem eine acut verlaufende, diffuse Erkrankung des Bauchfells mit Bildung miliarer Knötchen vorlag, nicht geleugnet werden, so räthselhaft uns dieselbe auch erscheinen mag.

Zur Aetiologie und Therapie des Diabetes mellitus.

Von Dr. *Lenné* in Bad Neuenahr.

Bei dem regen Interesse, welches zur Zeit der Diabetes-Angelegenheit nach jeder Richtung hin und nicht zum wenigsten mit Bezug auf die Therapie entgegengebracht wird, scheinen die Mittheilungen gewiss aller Beachtung werth, durch welche Herr Dr. Protze-Berlin Ende März dieses Jahres den Aerzten von den anscheinend staunenswerthen Erfolgen Kenntniss gab, welche er bei Behandlung einer Reihe Diabetiker durch ein specifisches Mittel erzielt hat, zumal, wie es in dem Schreiben heisst, „die Mehrzahl dieser Fälle an der schweren Form des Diabetes mellitus litt und die Meisten alle zu Gebote stehenden Mittel erschöpft hatten, ohne der Krankheit Herr zu werden". Leider muss ich gestehen, dass ich noch auf dem Standpunkte stehe, dass bei der schweren diabetischen Erkrankung alle Mittel vergeblich sind und dass in kürzerem oder längerem Spielraum der Tod diesem Leben ein vorzeitiges Ende setzt, es fragt sich nur, was ist eine schwere diabetische Erkrankung, resp. woran erkennt man dieselbe. Zur leichteren Beantwortung dieser Frage und zur Illustration meiner ersten Behauptung kurz folgender Fall, der auch ätiologisches Interesse hat:

A. J. aus Dahlerau i./W., Fabrikweber, 41 Jahre alt, stets gesund gewesen, hat in den ersten Jahren nach seiner militärischen Dienstzeit an Magenbeschwerden gelitten, die sich aber ganz verloren, so dass er seit Ende der 20er Jahre sich stets gesund gefühlt hat bis zum Sommer 1890, wo er längere Zeit an Lendenrheumatismus litt. Im folgenden Herbste und Winter war er wieder ganz wohl, wie der Kranke überhaupt nie arbeitsunfähig sich gemeldet hat. Mitte März 1891 trank J. sofort nach dem Mittagessen, welches aus Sauerkraut und Schweinefleisch bestanden, kaltes Wasser. Bald darauf stellten sich ausserordentlich starke Magenschmerzen und schliesslich äusserst heftiges, kaum zu stillendes mit Blut untermischtes Erbrechen ein; trotz Eis, Morphium etc. liess dasselbe erst am Abend nach. Zwei Tage später verspürte Patient heftigen Durst und eine auffallende Abmagerung fiel dem Kranken neben vermehrter Diurese auf, während der Hunger sehr gering war; der Stuhl war die ersten Tage diarrhöischer Natur. Am 3. April wurde die Diagnose: Diabetes mellitus gestellt und im chemischen Laboratorium zu Elberfeld 8,3 Proc. Zucker im Morgenharn nachgewiesen. Am 8. April traf der Kranke in Neuenahr ein, am 11. kam er in meine Behandlung. Stat. praes.: Hagerer, aber gut entwickelter, 170 cm grosser Mann, 85 cm Brustumfang, 58 Kilo Körpergewicht (mit Kleidung), soll vor der Erkrankung zwischen 65 und 66 Kilo geschwankt haben. Die Untersuchung der verschiedenen Organe ergab: Keinen abnormen Befund über den Lungen und am Herzen, Töne rein, 1. Ton leicht verstärkt, Puls im Liegen 68 Schläge, weich. Die Leber war weder vergrössert noch an irgend einer Stelle schmerzhaft, ebenso wenig der Magen, bei welchem sich nur bei stärkerem Druck dicht unterhalb des Proc. xiph. leichte Empfindlichkeit zeigte; Haut trocken, keine Schweissabsonderung; Zähne schlecht (schon seit langen Jahren) nicht gelockert, Foetor ex ore, Patellarreflex aufgehoben.

Subjectiv wurde geklagt über den heftigen Durst, häufiges Uriniren (7mal in 24 Stunden), trägen Stuhl, den pappigen, süssen Geschmack, wodurch geradezu Widerwillen gegen Speisen hervorgerufen wurde. Weiteren Grund zur Klage gaben häufige, heftige Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopfe, grosse Mattigkeit und Müdigkeit in allen Gliedern, besonders den Beinen, endlich die erloschene Geschlechtsthätigkeit. Der Urin vom 10. Abends bis 11. Morgens vor dem Frühstück ergab 6 Proc. Zucker, Spur Eiweiss und Diacetessigs.

Am 11. wurde der Kranke 2mal 24 Stunden auf strenge Diät gesetzt; ausser 70 g Grahambrod, Bohnen und Sauerkraut als Gemüse kein Amylum. Am 13. IV. fand sich in dem Nachtharn (Abends bis Morgens incl.) 3,25 Proc. Zucker, Spur Eiweiss und Diacetessig. Der Morgenharn allein enthielt neben den genannten Spuren 2,55 Proc. Zucker. Die mikroskopische Untersuchung fiel negativ aus. Gelassen wurden 1600 ccm. Getrunken hatte Patient seit dem 8. täglich ungefähr 1 Liter Sprudel. Die nunmehr gemachte Verordnung lautete: Morgens nüchtern 300 g Sprudel, tagsüber nach dem Durstgefühl, jedoch nie mehr als 100 g pro dos.; 2 mal wöchentlich ein warmes Bad, wenig Bewegung; vielmehr um den Kräftezustand zu heben, häufiges Ruhen. Die Diät bestand in 400 g gebratenes Fleisch resp. Fisch, 2 Eier, 200 g Gelatinespeise, 100 g Fett, 100 g Potsd. Grahambrod, 50 g Käse, die bekannten Gemüse, ein Quantum, welches, kleinen Variationen selbstverständlich unterworfen, Anfangs nicht ganz, mit steigender Besserung aber vollständig verzehrt wurde, um nach Erreichung einer gewissen Gewichtsstabilität um ein Geringes vermindert zu werden. An Flüssigkeit wurden genommen: 1 Liter Fleischbrühe resp. Schleimsuppe, 3/4 Liter Kaffee, 400 ccm Wein, ausserdem also das Sprudelwasser, von welchem als höchster Satz 1600 ccm (am 16. IV.), später durchschnittlich 6 bis 800 g getrunken wurden. Der Verlauf war Anfangs ein recht günstiger. Schon am 18. war der Durst bedeutend geringer; der süsse Geschmack war verschwunden, der Appetit gehoben und die 24stündige Harnmenge betrug nur 3 Liter mit 2,3 Proc. Zucker, Eiweissspur. Am 20. ist das Körpergewicht auf 58,5 gestiegen und kein ungewöhnliches Durstgefühl mehr vorhanden; 8 Tage später beträgt das Körpergewicht 59,75 Kilo, der Kranke fühlt sich weit kräftiger, macht kleinere Spaziergänge ohne Ermüdung. Harnmenge schwankt zwischen 2.5—3 Liter mit 2,4—4 Proc. Zucker; Eiweiss immer spurweise. Am 1. Mai ist der Patellarreflex wieder wahrnehmbar und eine Stunde Weges wurde ohne Ermüdung zurückgelegt. Da der Kranke über Schlaflosigkeit auf den Morgen zu klagte und die Zuckerausscheidung sich nicht verringerte, so wurde am 3. V. Ext. Opii und Ext. Belladonna 0,01 3stündl., am 7. Ext. Opii 9,015 3stündl. und 12. 2stündl. verordnet. Am 13. fanden sich nach Einnahme von 0,6 Opii und 0,4 Ext. Bellad. 4 Liter Harn mit 5,1 Proc. Zucker, Eiweiss unverändert. Freilich hatte der Kranke sich einen groben Diätfehler zu Schulden kommen lassen, indem derselbe am 8. Mittags einen grossen Teller weisse Bohnensuppe und 50 g Roggenbrod ass; die bösen Folgen machten sich in einer rapiden Steigerung der Zuckermenge geltend, 7 Proc., welche trotz der sofort wieder innegehaltenen strengen Diät und der Einnahme des Opiums nicht auf das frühere Niveau zurückgedrängt werden konnte. Das unterdessen auf 60,5 Kilo gestiegene Körpergewicht war constant geblieben und auch im Allgemeinbefinden keine Verschlechterung verspürt worden. Vom 16.—22. incl. Mai wurde Methylenblau (in seiner Eigenschaft als antifermentatives (?) und die nervösen Elemente beeinflussendes Mittel) in einer Dosis von 0,2, seit dem 17. von 0,4 g pro die. Am 23. bei gleicher Harnmenge 4,75 Proc. Zucker, im Uebrigen hatte das Kräftegefühl sich weiter gehoben, der Patellarreflex war noch deutlicher ausgeprägt und auch die Geschlechtsfunction war wieder eingetreten. Dabei hatte das Körpergewicht sich etwas vermindert (60 Kilo). Nun wurde der Kranke mit dem constanten Strome behandelt (grosse Bauch- und Nackenplatte), Anfangs mit scheinbarem Erfolge, nach der 4. Sitzung war ein Einfluss nicht mehr bemerkbar und daher wurde nach 8tägiger Anwendung am 30. V. auch diese Behandlungsweise verlassen. Nachdem der Kranke 0,05 Jodof. 4mal täglich während 8 Tagen ohne jede Wirkung auf die Zuckerausscheidung genommen hatte, wurde schliesslich noch Syzyg-Jambol fruct. pulv., 30 g pro die, verabreicht, welche am 1. Tage eine Aenderung der Ausscheidungscurve zur Folge hatte, indem die Gipfel nach der Einnahme des Pulvers sich bedeutend verschoben und auch die frühere Höhe nicht erreichten, auf die Dauer war aber von irgend einem zuckervermindernden Einflusse keine Rede mehr, im Gegentheil, der nach Einnahme von 610 g der Drogue zugesandte Urin ergab eine Steigerung bis 6,9 Proc. Zucker bei ca. 4 Liter Harn pro 24 Stunden. Freilich wird wohl ein Theil der Steigerung auf Rechnung der in der Heimath des Kranken immerhin gelockerteren Diät zu setzen sein. Uebrigens hatte der Patient in den letzten 10 Tagen seines hiesigen Aufenthaltes täglich 4—500 ccm Schleimsuppe ohne Steigerung der Zuckerausscheidung genossen, jedoch brachte jede, auch die geringste körperliche Ueberanstrengung sofort eine solche hervor. Ein 2—3stündiger Spaziergang in den Bergen in mässigem Tempo und nach einer kräftigen Mahlzeit gehörte dabei zu den täglichen Leistungen der letzten Zeit. Am 10. Juni, nach 9wöchentlichem Aufenthalte, reiste Patient mit 61 Kilo Körpergewicht, deutlich wahrnehmbarem Patellarreflex, wieder

erworbener Geschlechtsfunction, bedeutender Steigerung der Körperkräfte, mässiger Hebung des Assimilationsvermögens und subjectiv im besten Wohlbefinden ab, objectiv betrachtet, ohne wesentliches Resultat; denn die Höhe der Zuckerausscheidung war eine solche geblieben, dass, bei der geringen Verbesserung des Assimilationsvermögens und dem Persistiren der Albuminurie, die Prognose eine äusserst trübe blieb, wie dies denn auch der 3 Monate später gemeldete Tod bestätigte.

Beantworte ich nunmehr die Frage, warum in diesem Falle eine infauste Prognose gestellt wurde, so gebe ich damit zugleich eine Definition der schweren diabetischen Erkrankungsform. Dieselbe lautet kurz: Tritt bei einem Diabetiker nach 3tägiger, strenger Diät keine Sistirung oder ganz erhebliche Verminderung der Zuckerausscheidung ein und ist, bei Ausschluss anderer Ursachen, der Patellarreflex erloschen oder doch stark abgeschwächt, dann ist die diabetische Erkrankung eine schwere. Ich betone dieses Verhalten des Kniephänomens, weil seine Abwesenheit schon hinreicht, eine diabetische Erkrankung als mindestens nicht leicht zu betrachten, selbst wenn das erste Moment zu Gunsten einer leichten Erkrankungsform ausgefallen ist, d. h., wenn die Zuckerausscheidung bei strenger Diät sich mindert. Ich will nicht behaupten, dass es keine Ausnahmefälle giebt, aber in der Regel wird man das Gesagte bestätigt finden. Man könnte sich an der Kürze der Beobachtungszeit für die Wirkung der strengen Diät stossen, aber ich glaube, dass dieser Zeitraum vollständig für die Stellung der Diagnose genügt, ja, dass man eventuell bei einer noch kürzeren Zeitdauer genügend Aufschluss erhält. Dabei berechtigt die Intensität der genannten Symptome einen gewissen Rückschluss auf die Intensität der Krankheit. Höhe der Zuckerausscheidung, an und für sich genommen, das mehr oder weniger grosse Hunger- und Durstgefühl, Abmagerung etc. lasse ich ganz ausser Betracht, sie bilden werthvolle Adjuvantien für die Differentialdiagnose, wie ja auch Complicationen mit Tuberculose, Nephritis, organischen Herzaffectionen etc. für die Entscheidung, ob leichter oder schwerer Diabetes gar nicht in die Wagschale fallen, trotzdem sie die Prognose quoad vitam doch recht ungünstig stellen. Auf die Frage, ob die leichte Form der diabetischen Erkrankung in die schwere übergeht, will ich hier nicht näher eingehen. Dass die erste in die zweite übergehen kann, ist für mich unzweifelhaft. Ueberhaupt ist ja die ganze Unterscheidung in eine leichte und schwere diabetische Erkrankung zur Zeit eine rein symptomatische.

Die vorhin präcisirte, schwere Erkrankungsform ist es nun, bei welcher ich eine Reihe von Arzneimitteln angewandt habe, ohne auch jemals einen irgendwie dauernden Erfolg erzielt zu haben. Am besten wirken noch die alkalischen Wässer. Wie kein anderes Mittel sind sie im Stande, die subjectiven Klagen der Kranken zum Schwinden zu bringen und sie thun dies meist in auffallend kurzer Zeit. Schon in der ersten Woche schwinden der süsse Geschmack, der Durst, zum Theil auch die Abgeschlagenheit der Glieder, der Appetit hebt sich und da auch der Zuckergehalt gewöhnlich sich vermindert, so sind auch die Patienten voller Hoffnung und frohen Muthes. Leider währt diese Freude in vielen Fällen nicht sehr lange, allmählich tritt eine Steigerung der Zuckerausscheidung wieder ein, während die Besserung des Allgemeinbefindens stetig fortschreitet sowohl sujectiv als objectiv. Nachdem dieser Zustand eine gewisse Stabilität erreicht, tritt gewöhnlich eine Kräftigung des Assimilationsvermögens für Amylum ein. So kann es einige Jahre fortgehen, aber die Jahre sind gezählt. Diese Wirkung des alkalischen Wassers wird nach meiner Beobachtung durch kein anderes Mittel erreicht, ja, es ist mir noch nie gelungen, die durch das erste erzielte günstige Wirkung durch eines der angewandten Mittel zu erhöhen. Dahin gehören: Ext. Opii 0,03—0,1, Ext. Bellad. 0,03—0,07, Sozojodol 2,0, Jodoform. 0,15, Cocaintinct. 0,075, Chin. mur. 0,3, Methylenblau 0,4, Syzyg jamb. fruct. pulv. 30,0, Bismuth. salicyl. 2,0 pro die. Die Mittel wurden gewöhnlich 8—10 Tage, die letzte Drogue jedoch bis 4 Wochen gegeben, wenn nicht eintretende Verhältnisse eine frühere Unterbrechung veranlassten. Auch die Electricität, wie ich dieselbe bisher angewandt, (Nacken- und Bauchelektrode, constanter und faradischer Strom), hat mich bis jetzt im Stiche gelassen und ist es daher ausserordentlich erfreulich, dass Herr Protze endlich ein Mittel besitzt, welches auf diese schweren Formen einen heilenden Einfluss ausübt. Möchten die Vorversuche nicht zu lange Zeit in Anspruch nehmen und alle Diabetiker bald im Besitze dieses Arcanums sich befinden. Aetiologisch ist der mitgetheilte Fall gewiss auch nicht ohne Interesse. Nach einer Indigestion, resp. einem in Folge derselben entstandenen heftigen, mit Blut untermischten Erbrechen, treten bei einem sich bis dahin gesund fühlenden Manne, ganz prägnant die Symptome der diabetischen Erkrankung schon nach 2 Tagen auf. Nach meiner Ansicht sind hier zwei Annahmen naheliegend, die erste: Annahme einer Verletzung des Pankreas in Folge des Brechactes. Es könnte, wie im Magen, so auch eine Blutung in das Pankreas stattgefunden haben. Allerdings müsste dadurch das ganze Pankreas zerstört, d. h. für den Organismus werthlos geworden sein, insofern nach den letzten Mittheilungen von Minkowski Diabetes nicht eintritt, so lange noch ein functionirendes Stück Pankreas mit dem Organismus in Verbindung bleibt; andererseits pflegt eine stärkere Hämorrhagie des Pankreas bekanntlich von weit ernsteren Erscheinungen, selbst plötzlichem Tod begleitet zu sein und endlich ist die Pankreastheorie nicht so ganz feststehend. Hier ist von schwereren Störungen im Körper, ausser den diabetischen, nicht die Rede, der Appetit sowie die Verdauung waren anscheinend recht vorzüglich, wenigstens wurden, abgesehen von der leichten Verstopfung, niemals irgend welche Klagen nach dieser Seite hin vom Kranken vorgebracht und das Körpergewicht hob sich um $3^1/_2$ Kilo. Da die Section nicht gemacht worden, so kann der eventuelle Befund uns leider keine Aufklärung verschaffen. Statt in das Pankreas könnte man zweitens auch Blutaustritte in das Centralnervensystem annehmen, welche in Folge des Brechactes zu Stande gekommen, die Partien betroffen haben, deren Verletzung Glycosurie zur Folge hat — nach meiner Ansicht das zutreffende.

Bei dem Mangel jeden weiteren Symptomes einer solchen Blutung entbehrt auch diese Annahme gewiss nicht mancher Einwürfe, jedoch spricht für dieselbe der ganze weitere Verlauf der Krankheit (vergl. auch die Schmerzen im Hinterkopf). Schmitz-Neuenahr würde wahrscheinlich (Berl. kl. Wochenschrift No. 22) einen vorher vorhandenen latenten Diabetes annehmen, der nur plötzlich in ein schweres Stadium getreten ist. Ich habe ja 1891 in einem Referate (Veröff. der Balneol. Sect., Berlin 1891) auch die grössere oder geringere Disposition, welche nach meiner Ansicht bei allen Menschen vorhanden ist, hervorgehoben und die Mittheilungen von Moritz-München auf dem X. Congress für innere Medicin scheinen dieser Annahme nur zur Stütze zu dienen, jedoch möchte ich nun doch nicht die Schwierigkeit der Annahme eines ersten Auftretens eines Diabetes mellitus in den Weg legen, wie Schmitz l. c. dies thut. In dem mitgetheilten Falle haben wir nach meiner Ansicht das Bild einer frischen, aber schweren diabetischen Erkrankung, welche trotz aller Mittel den typischen, d. i. verderblichen Verlauf nimmt, und ich wiederhole daher den Wunsch, dass College Protze nicht zu lange mit seinem Mittel hinter dem Berge hält, da die mitgetheilten Erfolge bereits hinreichen dürften, das Mittel möglichst vielen Kreisen zugänglich zu machen.

Die therapeutische Verwerthung des Hydrargyrum sozojodolicum.

Von Dr. *K. Witthauer*, Assistenzarzt am Diakonissenhaus zu Halle a. S.

Obwohl die Sozojodalpräparate schon seit mehreren Jahren in den Arzneischatz eingereiht sind, scheinen mir dieselben doch noch lange nicht die Beachtung und Verwendung gefunden zu haben, welche sie verdienen.

Schon als Assistenzarzt im städtischen Krankenhause in Nordhausen und später während meiner Thätigkeit im hiesigen Diakonissenhause habe ich die Sozojodalsalze mit Vorliebe ver-

wendet und hatte allen Grund, mit denselben zufrieden zu sein. Es sind ja auch im Laufe der letzten 3 Jahre verschiedene Arbeiten erschienen, welche ihre Vorzüge besonders bei der Behandlung der Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, der Haut- und Geschlechtskrankheiten u. a. m. hervorheben, aber trotzdem sind sie nicht Allgemeingut, namentlich nicht der praktischen Aerzte geworden.

Die Kalium- und Natronsalze sind noch am ersten benützt worden, das Quecksilberpräparat ist aber ausser bei luetischen Affectionen nur spärlich in Gebrauch genommen worden, und doch scheint mir gerade dieses, besonders auch in der Chirurgie die weitgehendste Beachtung zu verdienen.

Die chemische Zusammensetzung betreffend verweise ich auf die einschlägigen Arbeiten, die seiner Zeit von Herrn Apotheker Trommsdorf in Erfurt, dem Verfertiger der Präparate, in Umlauf gesetzt sind, und beschränke mich auf die Angaben, dass das Quecksilberpräparat 31—31,5 Proc. Quecksilber und 38 Proc. Jod enthält.

Ich habe es als Salbe, Streupulver und Emulsion in den verschiedensten Fällen angewendet, und hoffe, wenn das Material auch vorläufig nur beschränkt war, dass diese Arbeit eine Anregung giebt, das Mittel weiter zu versuchen, und wenn es sich bewährt, nicht nur als ein Ersatzmittel für Jodoform, sondern als ein im Allgemeinen in der chirurgischen Praxis sehr brauchbares Präparat anzuwenden.

Am deutlichsten offenbarte sich mir der Nutzen desselben bei einer Affection, die stets als ein Crux medicorum nicht nur in der Praxis, sondern auch in der klinischen Behandlung angesehen wurde, den Fuss- und Unterschenkelgeschwüren. Jeder beschäftigte Arzt weiss, was diese Geschwüre, die nicht nur in den unbemittelten, arbeitenden Kreisen, ebenso auch bei Angehörigen der besseren Stände und da besonders bei Frauen auftreten, dem behandelnden Arzt für Noth machen. Wie viele Mittel, Methoden und Verbände sind angegeben worden, um die Geschwüre zur Heilung zu bringen? Unzählige Salben, Streupulver, feuchte Compressen sind in Anwendung gezogen worden; die Geschwüre verkleinerten sich dabei wohl, heilten auch, aber das dauerte Wochen und Monate, bis schliesslich Aerzte und Patienten die Geduld verloren, und man findet deshalb oft Leute, bei denen man bei Gelegenheit einer Untersuchung wegen anderer Leiden grosse Unterschenkelgeschwüre sieht, welche schon seit vielen Jahren bestehen und einfach, als Frucht häufiger vergeblicher Behandlung, für unheilbar gehalten werden.

Am besten bewährten sich immer noch die Höllenstein- oder Heftpflasterverbände, auch Transplantationen führten oft Heilung herbei, zuweilen ist auch in verzweifelten Fällen die Amputation in Frage gekommen und ausgeführt worden.

Ich will ja nun keineswegs behaupten, dass alle diese Mittel nach Anwendung des Sozojodol-Quecksilbers unnöthig geworden wären oder dass dasselbe unfehlbar die Heilung der Geschwüre herbeiführte, aber die Heilresultate waren nach Gebrauch desselben so überraschende und schnelle, dass es als ein bevorzugtes Heilmittel jedenfalls hervorgehoben zu werden verdient. Nachdem ich in den Receptvorschriften der Trommsdorf'schen Broschüren die Anwendung als 1proc. Salbe empfohlen gelesen hatte, habe ich es in den in meine Behandlung übergegangenen Fällen consequent gebraucht und zwar in folgender Weise: Mochten die Geschwüre noch so schlecht aussehen, stark gewucherte Granulationen, schmierigen, stinkenden Belag, nekrotische Fetzen zeigen, das Bein dick angeschwollen, die Umgebung infiltrirt und mit ekzematösen Excoriationen bedeckt sein, niemals habe ich ausser der selbstverständlichen Seifenreinigung im Bad eine besondere Vorbereitung z. B. eine Abkratzung der gewucherten, schwammigen Granulation nöthig gehabt.

Ich liess folgende Salbe herstellen:

Hydrarg. sozojodolic. .	1,0
Lanolin	90,0
Ol. oliv.	10,0

Dieselbe wurde messerrückendick auf Leinwandstreifen von der Breite eines Fingers gestrichen und die Streifen dann neben einander oder dachziegelförmig über die Geschwürsfläche gelegt; darüber kam etwas Watte und eine Binde, am besten Cambric, die straff angezogen wird, damit sie einen leichten Druck ausübt. Das Bein wird hochgelagert, Patienten liegen im Bette oder auf dem Sopha. Der Verband wird gewechselt, wenn er „durch“ ist, was zuerst alle Tage, später seltener nöthig ist, so dass er zuletzt 4—5 Tage liegen bleibt.

Man sieht schon nach wenigen Tagen, dass die gewucherten Granulationen sich in Form einer weisslichen Haut abstossen und bald erscheinen frischrothe, feste Granulationen und mit ihnen zugleich zeigt sich ein zarter Narbensaum am Wundrande. Die Bildung des letzteren kann man bei sehr grossen Geschwüren noch dadurch fördern, dass man die Geschwürsränder leicht mit dem Höllensteinstift umzieht.

Die Vernarbung schreitet gewöhnlich auffallend rasch fort, das Geschwür heilt. Sollte, wie es zuweilen bei ausgedehnten Flächen vorkommt, zuletzt, wenn noch eine kleine offene Stelle besteht, die Heiltendenz nachlassen, so lasse ich das Bein unter einem Drahtkorb offen liegen und bestreue die wunde Stelle mit einem Streupulver von

Hydrarg. sozojodol. .	1,0
Talc.	99,0

Es bildet sich ein trockener Schorf und darunter tritt die Vernarbung ein. Zum Schluss mache ich, ehe die Patienten aufstehen, um das Bein den von Unna angegebenen, erst kürzlich in einer Veröffentlichung aus der Greifswalder chirurgischen Klinik[1]) wieder warm empfohlenen Zinkleimverband, der wie ein gut sitzender Gummistrumpf wirkt und das Aufbrechen der Narbe verhindert. Derselbe kann 6 Wochen liegen bleiben und wird eventuell erneuert.

Sollen die Kranken ambulant behandelt werden, so würde ich meine Salbenbehandlung mit der in der genannten Veröffentlichung beschriebenen Weise mit dem Zinkleimverband verbinden.

Ich gebe nun in Kürze die Krankengeschichten der von mir behandelten Fälle wieder.

1) Minna F., 20 Jahre alt, aufgenommen am 4. II. 92. Ganz unentwickelter Körperbau, noch nie menstruirt. Fussgeschwüre seit 13 Jahren, bald kleiner, bald grösser werdend. Jetzt auf der Spanne des linken Fusses ein Ulcus von 9½ cm Länge, 7½ cm Breite, ein wenig über diesem mehr an der Aussenseite des Unterschenkels ein zweiten von 8 cm Länge und 5 cm Breite, beide von festem Narbengewebe umgeben. Beide Geschwürsflächen sind schmutziggrau belegt, darunter schlaffe, wuchernde Granulationen, verbreiten entsetzlichen Gestank. In einer Klinik war der Patientin schon die Amputation vorgeschlagen worden.

Am 30. II. wird die Sozojodolsalbe aufgelegt und täglich gewechselt, da die Secretion sehr stark ist. Am 16. II. ist der Belag abgestossen, die Wunden granuliren; am 22. II. zeigen sich schöne Narbenränder und die Geschwüre sind schon wesentlich verkleinert. Am 20. III. sind die Ulcera bis auf zwei kleine Stellen geheilt, die bald auch mit Narben bedeckt sind, sich aber noch zuweilen blasig erheben und etwas nässen. Patientin bleibt wegen anderer Beschwerden noch in Behandlung, bekommt am 17. Mai einen Zinkleimverband und wird damit entlassen.

2) Rosine B., Kindsfrau, 74 Jahre alt, aufgenommen am 24. II. 92. Zahlreiche Ulcera an beiden Unterschenkeln von Linsen- bis Thalergrösse, zum Theil tiefgehend, alle grau belegt. Nach Auflegen der Salbe reinigen sich die Geschwüre bald und verkleinern sich rasch. Am 30. III. ist Alles geheilt. Patientin wird am 10. IV. mit Flanellbinden entlassen.

3) Frau Sophie K., 46 Jahre alt, aufgenommen am 29. IV. 92. Am rechten Unterschenkel vier Geschwüre von je Zweimarkstückgrösse, mit steilen Rändern und schmutzigem Belag. Nach Anwendung der Salbe Ulcera am 15. V., also in wenig über 14 Tagen geheilt. Patientin wird am 23. V. mit Zinkleimverband entlassen.

4) Frau N., 32 Jahre alt, aufgenommen am 7. V. 92. Mehrere Ulcera bis Thalergrösse auf dem Fussrücken und über dem Malleolus internus. Am 24. V. geheilt, am 27. V. mit Zinkleimverband entlassen.

5) Marie P., 30 Jahre alt, aufgenommen am 31. V. 92. Ulcus seit 3 Wochen auf dem Fussrücken nach einer Quetschung des Fusses entstanden, 5 cm lang, 6 cm breit, mit nekrotischen Fetzen bedeckt. Am 8. VI. nekrotischer Belag abgestossen, Vernarbung beginnt. Am 20. VI. geheilt und mit Zinkleimverband entlassen.

6) Gustav F., 33 Jahre alt, aufgenommen am 5. IV. 92. Ulcera cruris seit 12 Jahren, vor einigen Jahren schon einmal geheilt, später wieder aufgeplatzt. Geschwür ist 11½ cm lang, 7 cm breit, sitzt gerade über der Crista tibiae, ist grau belegt und hat callöse Ränder. Darunter noch ein kleinerer Ulcus von Thalergrösse. Schon

[1]) Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No. 12.

am 17. V. Wundfläche gereinigt, zeigt feste Granulation, schmalen Narbenrand. Verband kann 3 Tage liegen bleiben. Am 25. V. ist feste Vernarbung eingetreten; am 27. V. wird Patient mit Zinkleimverband entlassen.

7) Paul E., 23 Jahre alt, Bäcker, aufgenommen am 13. V. Ulcus cruris 6½ cm lang, 5 cm breit, missfarbig und stinkend, besteht seit 2 Jahren. Bein ist phlegmonös verdickt, Fieber. Salbenverband, Bein hochgelagert. Am 22. V. wird ein phlegmonöser Abscess über dem Malleolus int. incidirt, das Geschwür ist sehr verkleinert; am 29. V. geheilt. Patient bleibt wegen des Abscesses noch in Behandlung und wird am 22. VI. mit Zinkleimverband entlassen.

8) Julius K., 57 Jahre alt, Maschinenbauer, aufgenommen am 30. V. 92. Beide Unterschenkel sind in toto chronisch verdickt seit Jahren, am oberen Drittel bestehen colossal ausgedehnte Krampfadern. Seit 3 Wochen sind an den Unterschenkeln massenhafte, zum Theil tiefgehende Ulcera von Linsen- bis Markstückgrösse aufgetreten, die theils schmierig belegt, theils mit schwarzen nekrotischen Fetzen bedeckt sind. In der Umgebung starkes Ekzem. Beine werden hochgelagert, mit Salbenstreifen bedeckt. Am 5. VI. alle Geschwüre gereinigt, Granulation beginnt; am 12. VI. rechtes Bein fast geheilt, links noch wenige offene Stellen. Am 20. VI. beide Beine völlig geheilt. Patient erhält beiderseits Zinkleimverbände und wird am 21. V. entlassen.

Sämmtliche Patienten waren natürlich vorher von ihren Aerzten und zwar ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden.

Ueber den Bestand der Heilung weiss ich nur bei 2 Fällen, dass sie angehalten hat; die anderen sind theils zu kurze Zeit aus der Behandlung entlassen, theils glaube ich, annehmen zu dürfen, dass der Erfolg ein guter geblieben ist, da ich den Patienten gesagt hatte, sie sollten nach 6 Wochen den Verband abnehmen und wenn die Narbe aufgebrochen wäre, wiederkommen, was nicht geschehen ist.

Weiterhin habe ich das Mittel angewendet bei Hautaffectionen und granulirenden Wunden aller Art.

Bei Ekzemen in jedem Stadium, besonders auch solchen medicamentösen Ursprungs habe ich mit recht gutem Erfolge das schon oben angeführte Streupulver oder auch ein solches aus

Zinc. sozojodol. . 9,0
Talc. venet. . . .1,0

angewendet. Die nässenden Stellen heilen rasch, die Bläschen trocknen ein und ebenso lassen die subjectiven Empfindungen, Jucken etc. nach. Die Trockenverbände können hier übrigens meist längere Zeit liegen bleiben. Ich will hier gleich bemerken, dass das Quecksilberpräparat zuweilen einen leichten brennenden Schmerz verursacht, der aber die Patienten nur wenig belästigt und nach einigen Stunden aufhört.

Von granulirenden Wundflächen kamen zur Behandlung zumeist tiefer gehende Verbrennungen und Wunden, die durch Einschnitte bei Phlegmonen entstanden waren. Bei beiden probirte ich gewöhnlich zuerst das Pulver, später, wenn der Erfolg nicht der gewünschte war, die Salbe. Die Resultate standen denen bei Anwendung anderer Mittel nicht nach, sehr häufig übertrafen sie dieselben und fast ausnahmslos hatten die Sozojodalpräparate den Vortheil, dass sie die Umgebung nicht reizten; ich habe nur einmal ein leichtes Ekzem darnach beobachtet. Unterstützend wirkte auch hier bei ausgedehnteren Wundflächen das Umziehen derselben mit dem Höllensteinstift. Wunden, welche sich, wie die nach Incisionen, zusammenziehen lassen, werden natürlich nach Anwendung des Pulvers mit Heftpflasterstreifen, eventuell auch durch secundäre Naht vereinigt, doch ist letzteres, ebenso wie Transplantationen, bei weitem nicht mehr so oft nöthig gewesen, wie früher.

Eine scrophulöse Erkrankung der Kopfhaut eines Knaben, der ausser einem pustulösen Ausschlag des ganzen behaarten Kopfes am Hinterkopf eine ziemlich kreisrunde, etwa 7 cm im Durchmesser betragende, dem Kerion Celsi ähnliche Affection hatte, heilte unter der Sozojodol-Quecksilbersalbe auffallend rasch, nachdem vorher Leberthran, Wismuth und andere Salben, Höllenstein in Substanz und als feuchter Verband vergeblich angewandt waren.

Zuletzt probirte ich das Präparat bei tuberculösen Wunden, bei tuberculösen und anderen Fisteln. Waren die Wunden direct zugänglich, so benutzte ich das Streupulver oder die Salbe, die Wunden granulirten darunter meist gut; bei Fisteln oder Höhlenwunden nahm ich eine Emulsion, die ich nach dem Vorbilde der Jodoformemulsion in folgender Zusammensetzung herstellen liess:

Hydrargyr. sozojodol. . 0,5
Glycerin. 4,0
Gummi arab. 2,0
Aq. dest. 44,0

Ich behandelte damit zunächst Kinder, die, wegen fungöser Gelenkleiden, Caries, Osteomyelitis operirt, schon über Jahr und Tag im Diakonissenhause sich befanden. Die Emulsion wurde alle 3—4 Tage je nach Anzahl der Fisteln in der Menge von 1—2 g in diese eingespritzt, die Oeffnungen wurden mit Gaze bedeckt, Drains, wo nöthig, eingelegt, wenn das Pulver sich an den Wandungen abgesetzt hatte, was sehr rasch geschieht. Zur Vorsicht mussten die Patienten fleissig Mund spülen, der Urin wurde vorher und später ab und zu auf Eiweiss untersucht; Kinder, die Albuminurie hatten, wurden von der Behandlung ausgeschlossen.

Die Resultate sind bei der Kürze der Zeit noch nicht abzusehen; so viel kann ich aber schon jetzt sagen, dass die Wunden besser aussehen, wie je vorher; die schwammigen Granulationen sind grösstentheils verschwunden, einige Fisteln haben sich geschlossen. Irgend etwas Nachtheiliges im Allgemeinbefinden wurde nicht bemerkt und man kann vielleicht mit Vortheil die Dosis des Präparates steigern. Jedenfalls ist die Anwendung in diesen langwierigen und trostlosen Fällen einer Nachprüfung werth und ich werde bei Gelegenheit die Emulsion auch zur Einspritzung in geschlossene fungöse Gelenkhöhlen benützen.

Hier möchte ich auch gleich einen Fall anführen, wo ich die Emulsion ähnlich wie die Jodoformemulsion bei dem Billroth'schen Verfahren verwendete.

Es handelte sich um einen Phthisiker, der seit mehreren Monaten eine schmerzhafte kleine Geschwulst auf der rechten 6. Rippe in der Nähe des Sternums hatte. Die Haut hatte sich in den letzten Tagen geröthet, kurz ein Abscess wurde manifest. Ich versuchte, mit einer feinen Spritze den Eiter zu entfernen, doch gelang dies wegen der dicken Consistenz desselben nicht, und als ich ihn durch die Stichöffnung ausdrücken wollte, um hernach Jodoformemulsion einzuspritzen, platzte der Sack. Ich machte deshalb einen Einschnitt und kratzte die Höhle aus; die Sonde kam nach oben auf cariöse Stellen. Einige Tage darauf verlängerte ich den Schnitt nach oben bogenförmig über dem Sternalrand hin, schob die Weichtheile zurück und entfernte mit Meisel, Scheere und Löffel, so gut es ging, den erkrankten Rippenknorpel, ein Stück des Sternums und die veränderten Weichtheile. Nun nähte ich die obere Hälfte der Wunde zu und tamponirte einstweilen nach der Vorschrift von Krause[2]) die Wunde mit Jodoformgaze. Am 5. Tage entfernte ich diese, nähte die ganze Wunde zu und spritzte, ehe ich den letzten Faden knotete, durch eine Troikarthülse meine Emulsion (7½ g) ein; darauf Compressivverband. Am 8. Tage wurden die Nähte entfernt, die Wunde war bis auf eine kleine Fistel, wo sich ein Fadenende von aussen eingestülpt hatte, geheilt und sah reactionslos aus, die Haut war über die Unterlage nicht mehr verschieblich; in die Fistel spritzte ich von Neuem etwas von der Emulsion. Fieber war nie da gewesen. 8 Tage darauf war die Wunde völlig geheilt.

Zum Schlusse führe ich noch eine weitere kurze Krankengeschichte an, wo ich die Emulsion zur Einspritzung in die Tiefe benützte:

Frau A. P., aufgenommen 22. III. 92. Abscess in der rechten Leistenbeuge und am Oberschenkel. Incisionen längs des Poupart'schen Bandes und zu beiden Seiten des Oberschenkels. Bis zum 20. V. war die Heilung noch nicht fortgeschritten, die Wunden eiterten stark, zeitweise trat Fieber ein. Die Wunde in der Leistenbeuge geht tief in das Becken, kranker Knochen ist nicht zu fühlen. Ich begann jetzt, meine Emulsion einzuspritzen, worauf die Secretion rasch nachliess. Jetzt am 24. VI. sind die Wunden bis auf ganz kleine oberflächliche Stellen verheilt. Patientin läuft seit 8 Tagen an Stöcken und hat sich sehr erholt. Wird am 4. VII. geheilt entlassen.

Ich weiss sehr wohl, dass das Material viel zu klein ist, um ein endgültiges Urtheil zu fällen, ich habe aber, wie gesagt, meine Erfahrungen nur deshalb der Oeffentlichkeit übergeben, um die Herren Collegen zur Nachprüfung zu veranlassen. Besonders würde ich mich freuen, wenn die Anwendung der Emulsion bei Einspritzungen in fungöse Gelenke von Erfolg begleitet wäre; ich habe leider in der letzten Zeit nicht Gelegenheit gehabt, diese Behandlung selbst probiren zu können.

[2]) Correspondenzblatt des Vereins der Aerzte im Regierungsbezirk Merseburg im Herzogthum Anhalt, 1892, No. 1.

Zum Schlusse möchte ich bemerken, dass das Mittel an sich noch ziemlich theuer ist; doch stellt sich der Preis dadurch wesentlich billiger, als der der sonst üblichen Medicamente, dass es meist nur 1 procentig zur Anwendung kommt.

Nachtrag bei der Correctur: Zunächst ist zu bemerken, dass die Unterschenkelgeschwüre mit Ausnahme des Falles 6 geheilt geblieben sind; dann habe ich bei 3 grossen Ulcera, die noch in meiner Behandlung sind, den Verband insofern mit Erfolg modificirt, als ich jetzt über die Salbenstreifen nur eine Schichte Gaze lege und darüber eine kurze Binde fest angezogen befestige. Ueber diese kommt dann erst die Wattelage und die definitive Binde; die dadurch erreichte Compression wirkt sehr günstig. Schliesslich haben Herr Prof. Genzmer und ich die Emulsion auch zur Einspritzung in geschlossene fungöse Gelenke mit einstweilen zufriedenstellendem Erfolg angewendet; es hat das Sozojodol hier den Vorzug, dass es im Gegensatz zum Jodoform sehr wenig Schmerzen und kein oder nur kurz dauerndes Fieber verursacht. Die Dosis betrug 1—4 g der Emulsion, definitive Erfolge kann ich der Kürze der Anwendung wegen noch nicht berichten.

Ueber den Einfluss grosser Blutverluste auf den respiratorischen Stoffwechsel.

(Zur Abwehr.)

Von *A. Gürber.*

In No. 30 dieser Zeitschrift greift mich Herr Prof. Bauer wegen meines in der medicinisch-physikalischen Gesellschaft Würzburg gehaltenen Vortrages über den Einfluss grosser Blutverluste auf den respiratorischen Stoffwechsel an, indem er mir vorwirft, ich hätte in diesem Vortrage, der übrigens kaum über die Rahmen einer vorläufigen Mittheilung hinausgeht, seine Versuchsergebnisse über denselben Gegenstand in unrichtiger Weise angeführt; denn auch bei seinen Versuchen an dem venäsecirten Hunde habe sich unmittelbar nach dem Aderlass keine wesentliche Abnahme des respiratorischen Gaswechsels, ja zum Theil eher eine geringe Steigerung desselben gezeigt und sei, wie er an einer anderen Stelle bemerkt, eine Reduction des Gasaustausches erst 24 resp 72 Stunden nach der Blutentziehung eingetreten. Wo ich Belege für die Behauptung, dass der respiratorische Stoffwechsel bei fraglichem Hunde erst 24 oder gar 72 Stunden nach dem Aderlass abgenommen habe, in Bauer's diesbezüglicher Abhandlung[1]) hätte finden können, ist mir nicht ersichtlich.

Bauer hat an seinem Hunde zwei Versuchsreihen angestellt, die eine, wobei das Thier hungerte, die andere bei Nahrungszufuhr. In der ersten Versuchsreihe mit dem Hungerthier hat er unmittelbar vor und unmittelbar nach dem Aderlass die respiratorischen Stoffwechselgrössen bestimmt und dabei gefunden, dass bei der Bestimmung nach dem Aderlass die Kohlensäureausscheidung zwar nicht, dagegen die Wasserausscheidung und die Sauerstoffaufnahme um je 15 Proc. gesunken war. Ein weiterer Stoffwechselversuch wurde erst 20 Stunden nach dem Aderlass ausgeführt und ergab eine beträchtliche Reduction des Gasaustausches: der Wasserausscheidung um 33 Proc., der Kohlensäureausscheidung um 23 Proc., der Sauerstoffaufnahme um 30 Proc. In der zweiten Versuchsreihe wurde der Aderlass 3 Tage nach dem letzten Normalversuche und zwar gerade während der Zeit der regsten Verdauung des Versuchsthieres gemacht. Gleich darauf, beziehungsweise 6 Stunden nach der Nahrungsaufnahme, folgte eine Stoffwechselbestimmung mit dem Resultat einer Steigerung des Gasaustausches, besonders der Sauerstoffaufnahme. Aber schon nach 24 Stunden zeigte sich auch bei dieser Versuchsreihe ein deutliches, nach 72 Stunden ein sehr beträchtliches Sinken des Stoffumsatzes.

Aus diesen Daten hätte ich nun lesen sollen, dass auch in Bauer's Versuchen der respiratorische Stoffwechsel 24—72 Stunden nach dem Aderlass keine wesentliche Aenderung erleide. Selbst Bauer's etwas moderirte Behauptung, dass er unmittelbar nach dem Aderlass den Gasaustausch nicht vermindert, sondern sogar zum Theil vermehrt gefunden habe, steht nicht ganz im Einklang mit seinen Versuchsresultaten. 15 Proc. weniger Wasserausscheidung und 15 Proc. weniger Sauerstoffaufnahme ist, denke ich, eine deutliche Abnahme des respiratorischen Stoffwechsels. Was aber die Steigerung desselben in dem entsprechenden Versuche der zweiten Reihe anbetrifft, so kann man ihr doch mindestens eine andere Deutung geben, als Bauer das gethan hat; denn es ist durchaus nicht unmöglich, dass durch die Operation der Blutentziehung bei einem so sensiblen Thiere, wie der Hund ist, die Verdauung derart verzögert wurde, dass deren Maximum gerade in die Zeit des Stoffwechselversuches fiel, was, wie Bauer selbst angiebt, eine beträchtliche Steigerung des Gaswechsels zur Folge haben konnte.

[1]) Zeitschrift für Biologie. Bd. VIII. p. 584—603.

Wer übrigens die Abhandlung Bauer's liest, wird keinen Augenblick darüber im Zweifel sein, dass diese darin gipfelt, den Beweis zu erbringen, dass unter dem Einfluss von Blutentziehungen die Stickstoffausscheidung steige, der respiratorische Stoffwechsel dagegen sinke und zu diesem letzteren Punkte steht Herrn Pembrey's und meine Untersuchung nicht, wie Bauer meint, in theilweisem, sondern in vollständigem Widerspruch. Ich muss deshalb den Vorwurf von Seiten Bauer's, dessen Versuchsergebnisse in unrichtiger Weise angeführt zu haben, entschieden zurückweisen, was ich um so energischer thun darf, als Bauer es in dieser Sache selber nicht sehr genau zu nehmen scheint; sonst würde er kaum in seiner Polemik gegen mich schreiben, er hätte an einem kleinen Hunde die Eiweisszersetzung und den Gasaustausch unter dem Einfluss von Blutentziehungen untersucht, was zwar für die Beweiskraft seiner Resultate nothwendig wäre, jedoch nicht der Fall ist, wie man in seiner Abhandlung Seite 584 lesen kann: „Da dieser kleinere (Voit'sche) Apparat Thiere von der Grösse, wie sie zur Feststellung der Eiweisszersetzung nöthig sind, nicht aufzunehmen vermag, so wurde der Gang der Fettzersetzung (Gasaustausch) an anderen kleinen Hunden (?) getrennt vom Gange der Eiweisszersetzung untersucht".

Wenn Bauer zu Gunsten seiner Resultate, denen wenige Versuche an nur einem Thier zu Grunde liegen, sich auf theoretische Erwägungen berufen will, so mag er das thun, Herr Pembrey und ich brauchen zur Aufrechterhaltung unserer aus 34 Versuchen an 5 Thieren hervorgegangenen und durchweg übereinstimmenden Resultate einer solchen Nachhülfe nicht. Was aber die Brauchbarkeit der Kaninchen zu solchen Stoffwechselversuchen anbetrifft, so möchte ich nur bemerken, dass diese puncto ihres Stoffwechsels doch immerhin constantere Resultate ergaben, als Bauer's Hund, der unter ganz denselben Bedingungen (48 Stunden Hunger) das einemal um mehr als 40 Proc. geringeren Stoffumsatz zeigte, als das anderemal.

Dass der von Herrn Pembrey und mir bei dieser Untersuchung verwendete Haldane'sche Respirationsapparat, dem von Bauer verwendeten Voit'schen, abgesehen von seiner Einfachheit, in Bezug auf Exactheit überlegen ist, dafür liefert mir gerade die Bauer'sche Abhandlung den besten Beweis. Ich habe mich in dem Referat über meinen Vortrag der Kürze halber etwas zu ungenau ausgedrückt und dadurch vielleicht zu einem Missverständniss Veranlassung gegeben, indem ich einfach schrieb, dass für die Haldane'sche Versuchsanordnung ein Fehler von 5 Proc. der in Betracht kommenden Grössen nicht überschritten werde. Ich dachte nämlich bei dieser Angabe an die Summe der möglichen Fehler. Einzeln jedoch betrugen diese: für die Wasserbestimmung 0,5 Proc., für die Kohlensäurebestimmung 1 Proc., für die Bestimmung des Gewichtsverlustes des Thieres 2 Proc., mithin für die Sauerstoffbestimmung 3,5 Proc. Diesen Fehlern, die fast lediglich durch die Unzulänglichkeit der Wage bedingt sind, stehen die möglichen Fehler der Voit'schen Versuchsanordnung, wie sie Bauer berechnet hat, gegenüber: 3 Proc. für die Wasserbestimmung, 2 Proc. für die Kohlensäurebestimmung und 6 Proc. für die Sauerstoffbestimmung, wobei für letztere immerhin die willkürliche Annahme gemacht wurde, dass der Fehler für die Bestimmung des Gewichtsverlustes des Thieres nur 1 Proc. betrage, was entschieden zu niedrig gegriffen ist; denn welchen Einfluss das Wägen des Thieres, getrennt vom Respirationskasten, auf die Richtigkeit des Resultates haben kann, sollte Bauer um so weniger beurtheilen wollen, als von ihm hierüber ja keine Versuche angestellt worden sind. Wenn für den Voit'schen Apparat der Fehler mit Zunahme der Versuchsdauer kleiner wird, so ist das selbstverständlich und gilt es auch für den Haldane'schen Apparat, weniger verständlich ist es mir aber, warum Bauer, wenn doch der Voit'sche Apparat Versuche mit Hunden bis zu 22 Kilo erlaubt, er dann mit den Hunden von nur 20 Kilo, an denen er die Eiweisszersetzung studirt hat, nicht auch zugleich die Fettzersetzung, resp. den respiratorischen Stoffwechsel hat untersuchen können?

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Fall eines Fremdkörpers in den Luftwegen. Von Dr. Ast, k. württemb. Medicinalrath.

Ein solcher Fall ist mir vor einigen Jahren vorgekommen und es hat derselbe so merkwürdige Erscheinungen dargeboten, dass seine Veröffentlichung wohl gerechtfertigt ist.

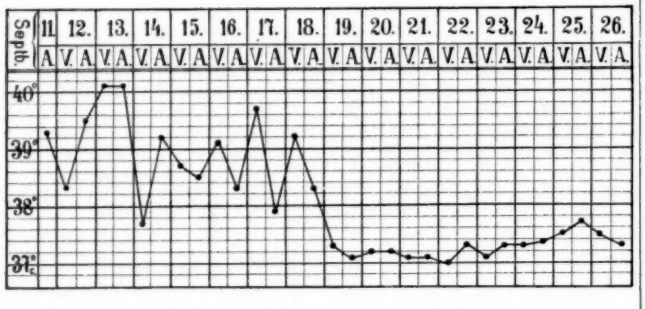
Am 11. September 1888 ward ich zum bald vierjährigen Kinde einer mir befreundeten Familie gerufen und hörte von der Mutter desselben, dass das Mädchen vor 4 Tagen, am 7. September Nachmittags, im Hofe mit anderen Kindern spielend, einige Kiessteinchen — in dortiger Gegend hat man sehr grobkörnigen Kiessand — in den Mund genommen und eines derselben „verschluckt" habe. Dass dies ihm passirt, habe das Kind selbst später erzählt; es wolle aber weder während des „Verschluckens" noch nachher Husten, Athembeschwerden, Schmerzen etc. bekommen haben. Solches gab auch mir gegenüber das Kind an; jedoch dürfte der Umstand, dass es überhaupt das Vorkommniss erzählte, es wahrscheinlich machen, dass der Vorgang des „Verschluckens" des Steinchens ihm doch irgendwie

empfindlich geworden ist, Seitdem, fuhr die Mutter fort, zeige sich das Kind nicht mehr so wohl wie sonst, klage namentlich öfters über Schmerzen in der rechten Brustseite und hustet etwas, habe nicht mehr so recht Appetit etc. Suffocationsanfälle aber, auch nur leichter Art, waren, dies erhellte bestimmt aus den Angaben der Mutter, niemals aufgetreten, auch hatte sich niemals blutiger Auswurf gezeigt. Im Stuhle hatte man vergeblich nach dem Steinchen gefahndet.

Die Untersuchung des Kindes ergab den Percussionsschall rechts hinten unten bis zum unteren Schulterblattwinkel hinauf gedämpft, ebenso auch rechts seitlich und vorne unten, doch nicht so hoch hinauf. Die rechte Brusthälfte athmete nach unten zu nicht und zeigte sich hier eher etwas erweitert als eingezogen; ein Hinabgedrängtsein der Leber und Verschiebung des Herzens fanden sich nicht; über den Dämpfung des Percussionsschalles zeigenden Lungenpartien war gar kein Athemgeräusch zu hören und fehlten die Stimmvibrationen. Respiration und Puls waren nur mässig beschleunigt, erstere nicht besonders angestrengt. Die Schmerzen schienen nicht sehr arg zu sein, der Husten war mässig häufig, trocken, die Temperatur (in ano gemessen) betrug Nachmittags 39,35° C. Das Kind war ziemlich munter, spielte, sah nicht stark angegriffen aus.

Dieser Erscheinungscomplex war nun offenbar der Annahme, dass etwas anderes, als eine einfache, bis jetzt mässig starke, pleuritische Erkrankung vorliege und dass das „verschluckte" Steinchen in einem unteren Hauptbronchialast stecke und denselben verstopfe, nicht günstig. Dagegen, dass eine solchermaassen bedingte Atelektase der unteren Lungenpartien die Dämpfung des Percussionsschalles und das Fehlen des Athemgeräusches verursache, sprach ja neben Anderem schon die nahezu geradlinig verlaufende, nur nach vorn zu sich senkende, obere Begrenzungslinie der Dämpfung. Auch meinte die Mutter auf näheres Befragen sich zu erinnern, dass das Kind schon die letzten Tage vor dem behaupteten Vorkommniss nicht mehr so ganz wohl gewesen sei, schon damals ein bischen gehüstelt habe etc.

In der That verlief die nächstfolgende Woche, wie wenn eine einfache serös-fibrinöse Pleuritis mässigen Grades bestehe. Das Exsudat blieb sich ziemlich gleich, Husten und Schmerz waren verhältnissmässig; nach keiner Richtung hin zeigte sich etwas Auffälliges; das Fieber war allerdings sehr unregelmässig, im Ganzen aber nicht zu hoch.



Am 18. September nun aber, kurz nach Mittags, ward ich eiligst zum Kinde gerufen. Ich fand es in höchster Athemnoth daliegend, anscheinend sterbend. Die Dyspnoe war furchtbar, Gesicht und Lippen blassblau, der Puls nicht mehr zu fühlen, die Augen verdreht; — aber beim Eintreten in's Zimmer empfing mich der Ruf der Mutter: „Das Steinchen ist da!"

Und während ich mich mit dem Kinde beschäftigte — es bestanden die entschiedensten Zeichen eines freien rechtsseitigen Pneumothorax —, ward zusehends das Erscheinungsbild ein beruhigenderes; die Dyspnoe minderte sich rasch, der Puls ward kräftiger, Gesicht und Lippen färbten sich wieder natürlich und das Kind erholte sich sichtlich. Eine Stunde später geschah das Athmen schon wieder viel ruhiger und hörte das an die Brust gelegte Ohr schon wieder rechts vorn oben Vesiculärathmen, sonst über der ganzen rechten Lunge noch amphorisches Bronchialathmen und solches auch links über der Lungenwurzel in ziemlicher Ausdehnung.

Mittlerweile hatte die Mutter erzählt, dass das Kind schon im Laufe der letzten Nacht öfters als sonst gehustet habe, dass die Hustenanfälle im Laufe des Vormittags immer häufiger gekommen und stärker geworden seien und dass bald nach dem Mittagessen — das Kind hatte gegessen und ausser dem vermehrten Husten nichts Besonderes gezeigt — ein besonders starker Anfall gekommen sei; derselbe wollte sich gar nicht geben. Das Kind wurde schliesslich blau und schien ersticken zu wollen, da auf einmal flog mit einer Exspiration ein Steinchen aus dem Mund des Kindes und fiel auf die Bettdecke auf. Fast unmittelbar darnach hatte ich das Zimmer betreten.

Das Steinchen stellte sich dar als ein Quarzsteinchen von annähernd pyramidenförmiger Gestalt. Die Basis der Pyramide[1]) ist ein Rhomboid, dessen grosse Diagonale 12 und dessen kleine 9 mm misst. Die Höhe der Pyramide beträgt 6 mm; an Stelle ihrer Spitze findet sich ein senkrecht oberhalb der langen Diagonale der Basis und in ihrer Richtung verlaufender, ca. 4 mm langer Grat, von dessen einem Ende sich nach der unterhalb gelegenen Spitze der Basis eine löffelförmig ausgehöhlte Fläche abdacht; in Folge dieser Aushöhlung hat hier das Steinchen eine ziemlich spitze Ecke, in welche zwei ebenfalls ziemlich scharfe Kanten zusammenlaufen, während die übrigen Ecken und Kanten ziemlich abgerundet sind. Es ist ein kleines Findlingssteinchen, wie alle in dortiger Landschaft (Oberschwaben) auf und in dem Erdboden sich findenden Steine „Findlinge" sind. — Weder Blut noch Schleim klebte ihm, als ich es zur Hand bekam, an; doch war es da schon in mehreren Händen gewesen und abgewischt worden. Nach Angabe der Mutter hatte ihm, als man es aufhob, nur ein Bischen Schaum angehängt.

Am Abend des ereignissvollen Tages fand ich das Kind schon wieder ziemlich vollständig erholt. Die Athmung war nicht mehr dyspnoisch; rechts vorn hörte man überall Vesiculär-, rechts hinten noch amphorisches Bronchialathmen. Die Temperatur betrug 38,3° C.

Am Vormittage des folgenden Tages (19. September) ergab die Untersuchung Folgendes: Rechts hinten unten Dämpfung bis 1 Finger breit unterhalb des unteren Schulterblattwinkels hinauf; darüber bis zur halben Höhe des Schulterblattes leerer tympanitischer Schall. Zwischen Wirbelsäule und Schulterblattwinkel in ziemlicher Ausdehnung nach rechts aussen hin amphorisches Bronchialathmen mit etwas metallisch klingendem kleinblasigem Rasseln; weiter oben hörte man das Bronchialathmen schwächer und bald zugleich auch das Vesiculärathmen, ganz oben letzteres allein mehr. Unterhalb des unteren Schulterblattwinkels nach unten zunehmende Abschwächung des Bronchialathmens. In der hinteren Axillarlinie noch eine Spur von Bronchialathmen neben Vesiculärathmen. Sonst überall letzteres rechtsseitig. Lagewechsel setzt keine Veränderung der Dämpfungsfigur. Succussionsgeräusch nicht wahrzunehmen. In der Mammarlinie reichte rechts der Lungenschall bis zur 6. Rippe hinab. — Links normale Verhältnisse, nur zwischen Wirbelsäule und unterem Schulterblattwinkel in einiger Ausdehnung amphorisches Bronchialathmen zu hören. — Allgemeinbefinden sehr gut. Schmerz ward gar nicht mehr geklagt; der Husten war wenig; die Temperatur 37,3° C.

Einige Tage blieb sich nun der objective Befund im Wesentlichen gleich; am 22. September aber, also am 4. Tage nach der Aushustung des Steinchens fand sich die obere Grenze der Dämpfung rechts hinten unten merkbar niedriger stehend und darüber der Percussionsschall weniger leer als zuvor, zugleich hörte man, am intensivsten über der rechten Lungenwurzel, hinten rechts ein metallisch klingendes trockenes Knattern und Knarren. Diese augenscheinlichen Reibegeräusche nahmen in den nächstfolgenden Tagen an Zahl, Ausbreitung und Stärke zu; namentlich über der rechten Lungenwurzel waren sie überaus stark, so dass das auscultirende Ohr geradezu schmerzte. Auch über der linken Lungenwurzel waren sie in ziemlicher Ausdehnung zu hören — neben Bronchialathmen; — von da nach unten zu wurden sie, wie nach oben und seitwärts, schwächer und war sehr bald Vesiculärathmen zugleich zu hören.

Am 26. September war der Befund folgender: Rechts vorn und seitlich bis zum 6. Intercostalraum hinab heller Lungenschall und reines Vesiculärathmen. Hinten von oben bis zum unteren Schulterblattwinkel hinab normaler Percussionsschall; von da ab wird derselbe leerer und tympanitisch; ganz unten besteht 2 Finger breit Dämpfung, doch keine vollständige. Die Respiration, soweit normaler Schall, rein vesiculär, von da ab hört man von neben der Wirbelsäule an, nach aussen nicht bis zur hinteren Axillarlinie reichend, Bronchialathmen, das noch eine Spur amphorisch ist; das Bronchialathmen wird nach unten zu schwächer und man hört zugleich deutliches, jedoch schwaches, Vesiculärathmen; ganz unten hört man nichts. Reiben ist nur wenig mehr zu hören, am meisten noch über der rechten Lungenwurzel und bei tieferem Athmen; dann hört man ein recht kleinblasiges Knattern. — Links hört man nur noch dicht neben der Wirbelsäule in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels ein schwaches Bronchialathmen und eine Spur Reiben; sonst überall normale Verhältnisse. — Allgemeinbefinden ganz befriedigend; auch kein Husten mehr.

Am 7. October fand sich rechts hinten der Percussionsschall vom unteren Schulterblattwinkel ab nur wenig leerer und leicht tympanitisch mehr und auch ganz unten nur mehr ziemlich leer. Nur zwischen Wirbelsäule und unterem Schulterblattwinkel hörte man noch eine Spur Bronchialathmen, von Reiben aber kaum mehr eine Spur; weiter unten, auch ganz unten, schwaches Vesiculärathmen. Links die Verhältnisse normal, nur dicht an Wirbelsäule in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels das Athemgeräusch ein Bischen hauchend. — Das Kind ist auf, fühlt sich ganz wohl; die Temperaturen stets nur 37° C. und einige Zehntel.

Am 11. October fand sich rechts hinten vom unteren Ende des Schulterblattes ab der Percussionsschall noch etwas leerer und tympanitisch, namentlich dies ganz unten. Bronchialathmen hörte man gar keines mehr; ein feines Reiben nur noch über der rechten Lungenwurzel bei tiefem Einathmen. Ganz unten rechts fand sich das Athemgeräusch noch abgeschwächt.

Wiederholt vorgenommene Untersuchungen in späterer Zeit ergaben stets normale Verhältnisse. Das Kind ist gesund geblieben und prächtig gediehen.

Ueberblicken wir kurz die Erscheinungen des Falles und ihren Gang. Vier Tage nachdem das Kind ein Steinchen „ver-

[1]) Das Steinchen wurde natürlich aufgehoben und befindet sich zur Zeit in meinem Besitz.

schluckt" haben will, und zwar ohne alle Beschwerden, findet man bei ihm eine rechtsseitige Pleuritis mit mässigem Exsudate. Dieselbe macht zunächst die gewöhnlichen Erscheinungen; nichts Auffälliges zeigt sich. Da, in der Nacht zum 11. Tage, vom Tage, an dem das Steinchen verschluckt worden sein soll, ab gerechnet, wird der Husten auffällig heftiger; seine Anfälle häufen sich noch mehr im Laufe des folgenden Vormittags und bald nach Mittag kommt ein äusserst heftiger Anfall mit höchster Athemnoth, drohendster Erstickungsgefahr, aber auf einmal kommt das Steinchen zum Vorschein, wird ausgehustet. Unmittelbar darnach findet man freien rechtsseitigen Pneumothorax. Die objectiven und subjectiven Erscheinungen desselben geben sich aber sehr rasch wieder und am nächstfolgenden Morgen findet man nur mehr einen Rest von ihm, augenscheinlich abgesackt, und zwar in der Gegend der rechten Lungenwurzel, auf die der linken hinübergreifend. Vier Tage später beginnt die Resorption des pleuritischen Exsudats und schreitet dann in allmählicher Weise fort; zugleich verlieren sich auch allmählich die Erscheinungen des abgesackten Pneumothorax. Vier Wochen, nachdem das Steinchen eingeathmet, sind die Verhältnisse so ziemlich normal wieder geworden.

Welches ist nun der Zusammenhang der Erscheinungen? Am wahrscheinlichsten scheint mir die Annahme — über Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten kommt man wohl nicht hinaus —, dass das aspirirte Steinchen sich in die Wandung des rechten Bronchus eingebohrt und dieselbe allmählich durchbohrt hat, dass es aber dadurch, dass es zugleich eine offenbar mehr fibrinöse als seröse Pleuritis verursachte, dicht am Bronchus fixirt worden ist. So konnte wohl ein gelegentlicher stärkerer Hustenstoss es in denselben zurückgelangen lassen. Dieser Umstand hatte nun aber die heftigen Hustenanfälle, die dem Auftreten des Pneumothorax vorausgingen, zur Folge und diese wieder den Pneumothorax — durch momentane Lösung pleuritischer Verklebungen — und die Herausbeförderung des Steinchens. Damit war aber der Hustenreiz etc. beseitigt, alsbald stellten sich die Verklebungen wieder her, schlossen das peribronchiale Höhlchen, in welchem das Steinchen gelegen hatte, und das Loch im Bronchus ab, die in die Pleurahöhle ausgetretene Luft war resorbirt u. s. w.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Die Symphyseotomie.

Zusammenfassendes Referat von Dr. H. Eisenhart.

1) Spinelli, „Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Naples". Annales de gynecol. Paris, 1892. Janvier.
2) Pinard, „De la symphyséotomie". Ibid. février.
3) Caruso, „Contributo alla pratica della sinfisiotomia." Annali di ostetr. & ginec. 1892. 4.
4) Spinelli, „Sulla sinfisiotomia". Ibid. 6.
5) Leopold, „Zwei Symphyseotomien mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind." Centralbl. f. Gyn. 1892. 30.
6) Müllerheim, „Ueber die Symphyseotomie". Ibid.

Der classische Kaiserschnitt, welcher erst in der neueren Zeit Dank der Antiseptik und den verbesserten Methoden eines Sänger, Peter Müller u. A. eine allgemeinere und häufigere Anwendung gefunden, welcher, Dank den vorzüglichen erzielten Resultate, die eine zeitlang mit ihm concurrirende Porro Operation auf einige wenige, bestimmte Indicationen eingeengt hat und aus der Frage: „Sectio caesarea oder Perforation?" als Sieger hervorzugehen schien, — er ist im Begriff, selbst eine bedeutende Beschränkung seiner Anwendung zu erfahren durch eine neuerdings empfohlene Operation: Die Symphyseotomie. Die Operation ist nicht neu; neu aber sind die nicht mehr vereinzelten und geradezu idealen Erfolge, welche die lange Zeit in Acht und Bann Erklärte nunmehr als eine Vollberechtigte in die Reihe der entbindenden Operationen einzuführen bestimmt sind. In der That war die Methode durch die anfangs erhaltenen, äusserst ungünstigen Resultate, so in Misscredit gekommen, dass sie nicht nur nicht geübt, sondern nicht einmal versucht wurde und die meisten Autoren, wenn sie die Operation überhaupt erwähnten, mit wenigen zum Theil geradezu vernichtenden Worten über dieselbe hinweggingen, wie aus einer Zusammenstellung Caruso's (3), welcher, nicht ohne eine Pointe von Vorwurf, die betreffenden Stellen aus den gegenwärtig geschätztesten deutschen, französischen und englischen Lehrbüchern citirt, hervorgeht. Nur in Italien hatte sich die Operation erhalten, wurde in der Klinik und Schule des Prof. Morisani in Neapel fort und fort ausgeübt und hat von da in der allerneuesten Zeit den Weg über Frankreich, der Geburtsstätte der Symphyseotomie [Sigault überreichte 1768 eine Note über diesen Gegenstand der Pariser Academie de chirurgie, vertheidigte seine Lehre in einer These 1773 zu Angers und führte die Operation zum ersten Male 1777 bei einer 39 jährigen Rhachitica mit völligem Erfolg für Mutter und Kind aus; Geschichte der Operation mit grosser Literaturangabe bei Spinelli (4)] auch nach Deutschland gefunden. Der Antiseptik in erster Linie verdankt die Operation diese Umwälzung in ihrer Werthschätzung.

Die Operationsmethode ist einfach und desshalb bei allen Operateuren eine fast einheitliche: Zum Halten der Beine bezw. des Beckens sind zwei Assistenten nöthig; die Kreissende wird auf das Querbett oder einen Tisch mit vorstehendem Gesäss gelagert. Rasiren und Desinficiren des Operationsfeldes. Hautschnitt in der Mittellinie von 7—8 cm (Caruso; 8—10 Pinard) Länge, beginnend am oberen Rande der Symphyse oder $1\frac{1}{2}$ cm darüber, und sich bis 1 cm oberhalb der Clitoris erstreckend, hier endend (Leopold) oder sich noch etwas fortsetzend mit seitlicher Umgehung der Clitoris (Caruso, Pinard). Die durchschnittenen Blutgefässe können unterbunden werden (Freund-Müllerheim). Quere Durchtrennung der Ansätze der Muse. recti, nur so weit, dass der linke Zeigefinger hinter die Symphyse und stumpf vordringend bis zu ihrem unteren Rande gelangen kann. Zur Vermeidung von Verletzungen der Blase und Harnröhre ist es gut, nun einen Metallkatheter in jene einzuführen (Freund-Müllerheim, Caruso). Durchtrennen der Schamfuge unter Leitung des hinter derselben ruhenden linken Zeigefingers mit geknöpftem sichelförmigem Messer (von vorn nach hinten, Caruso, oder umgekehrt, Müllerheim). Während Leopold der Ansicht ist, dass eine vollständige Durchtrennung der Symphyse nicht immer nöthig ist und die Durchschneidung des Ligam. arcuat. wegen Blutungsgefahr besser unterbleiben soll, wie er es in seinem 2. Fall that, wird dieses Band (unter gleichzeitigem Nieder- und Seitlichdrücken der Harnröhre mit dem Katheter) von Freund am oberen Rande ein-, von Pinard und Caruso durchgeschnitten. Mit dem nun folgenden Auseinanderweichen der Schambeinäste ist der erste Act der Operation beendet; die klaffende Stelle wird mit antiseptischer Gaze ausgefüllt; Pinard und Freund schliessen sofort eine provisorische Naht der Weichtheile an, letzterer, sogar wie aus der Mittheilung der Operation (6) hervorzugehen scheint, noch vor beendigter Entbindung die definitive Naht der Weichtheilwunde; die übrigen Operateure begnügen sich mit der Gazetamponade. Während der Schamfugendurchtrennung und im folgenden ist durch die Assistenten oder einen elastischen Schlauch das Auseinanderweichen des Beckens zu controlliren, bezw. einzuschränken. Nach diesem ersten, chirurgischen, den Weg eröffnenden Act folgt der zweite, der entbindende: Nun hängt es von den näheren Umständen des Falls, in erster Linie von dem Befinden des Kindes ab, ob expectativ verfahren oder die Zange, Wendung, Extraction u. s. w. angewendet wird; während des Durchtrittes des Kindes ist übermässiges Auseinandergedrängtwerden der Beckenknochen durch Gegendruck auf die Rollhügel und Darmbeinschaufeln zu verhüten. Die Behandlung der Nachgeburtsperiode ist die auch sonst übliche. Es folgt nun unter fester Compression des Beckens nach Aneinanderpassen der durchschnittenen Schamfugenflächen (wenn nicht schon vorher ausgeführt) die Naht; dieselbe wird mit 6—7

starken Seidennähten erzielt und beschränkt sich auf die Weichtheile, allerdings Sorge tragend, dass das an der Vorderfläche der Symphyse befindliche fibröse und Fasciengewebe mit gefasst werde; hierauf Knopfnaht. Beckengurt-Verband; nöthigenfalls kann eine weitere Ruhigstellung durch eine oberhalb der Kniee umschlungene Serviette erzielt werden. Die Nachbehandlung ist äusserst einfach: Die Wunde wird wie eine gewöhnliche Weichtheilwunde behandelt, der Beckengurt wird unter Umständen allmählich fester angezogen und bleibt im Ganzen 3 Wochen liegen. Beim Stuhlgang soll die Wöchnerin gehoben werden. Zwischen dem 23. und 30. Tage p. op. erfolgt das Aufstehen und die rasch zunehmenden Gehübungen.

Nun zu den Resultaten: Was zunächst die Erreichung des beabsichtigten Zweckes, die Erweiterung des Beckencanals betrifft, so zeigten die Beobachtungen an der Lebenden und am Sectionstisch, dass durch die Durchschneidung der Symphyse allein ein Klaffen von 1 (Müllerheim) bis 3 cm (Leopold) entsteht, das sich während der Extraction des Kindes auf 6,5 cm (Leopold) erhöht; bei gleichzeitigem Ein- oder Durchschneiden des Ligam. arcuatum misst der entstandene Spalt 3—4 cm (Leopold und Caruso, nach Leichenversuchen Pinard's 4—6 cm), welches Maass sich in diesem Fall bei Durchtritt des Kindes auf 7—9 (L. u. C.) erhöht. Der Operateur hat es also in der Hand, je nach der Grösse des kindlichen Schädels durch Durchschneiden von $^3/_4$ (Leopold) oder der ganzen Symphyse, dann eines Theils oder des ganzen Ligam. arcuatum eine Erweiterung des Beckens zu schaffen, wie sie im Einzelfall nöthig ist. — Die Resultate für die Mütter und Kinder sind folgende: Caruso bringt eine Zusammenstellung von 22 fortlaufenden Fällen aus der Neapeler Schule dazu kommen 2 von Pinard (nach Leopold 3) 2 von Leopold und 1 von Freund-Müllerheim, also im Ganzen 27 ausgeführte Symphyseotomien: von den Müttern starb keine, das sind also 100 Proc. Heilungen; von den Kindern starben 2; das giebt also der Zahl nach eine Mortalität von nicht ganz $7^1/_2$ Proc.; thatsächlich ist sie geringer; denn von den 2 Todesfällen kann einer nicht (das Kind starb in Folge straffer doppelter Umschlingung der Nabelschnur um den Hals), der andere nur bedingt (das Kind wurde nach schwieriger Extraction tief asphyktisch geboren, wurde wiederbelebt und starb nach 12 Stunden) der Operation zur Last gelegt werden. Ueber die Folgen quoad valetudinem ist dann betreffs der Mütter (die Kinder blieben sämmtlich gesund) zu erwähnen: 24 Wochenbetten verliefen normal; 3 zeigten vorübergehend Fieber (puerperale Parametritis, Endometritis, eitriges Hämatom der rechten grossen Labie). Von den Wunden heilten 25 per primam. Endlich ist zu bemerken, dass 2 mal eine Blasenscheiden-, 1 mal eine Harnröhrenscheidenfistel entstand; dass dieselben weniger der Operation als dem Operateur zur Last fallen, geht schon daraus hervor, dass zwei bei der je ersten Symphyseotomie des betr. Operateurs entstanden. Anderweite Störungen waren nicht zu beobachten, insbesondere nicht von Seite der Harnentleerung; nur in den ersten Tagen war bei Einigen der Catheter nöthig. Die Wiedervereinigung der Symphyse geht rasch von Statten und ist eine äusserst solide; der beste Beweis ist, dass bei 5 Frauen schon zum zweiten Male die Symphyseotomie gemacht wurde (Caruso); die Fälle, in denen die Frauen vor dem 15. Tage, ja schon am 8. das Bett verliessen, sind nicht vereinzelt; bei keiner trat, auch später nicht, eine Störung in der Beweglichkeit oder Gehfähigkeit zu Tage.

Endlich die Indication. Die Anzeige zur Symphyseotomie ist vornehmlich gegeben durch das enge Becken und zwar durch ein solches mit einer Conjugata von 6,7—8,1 cm (Morisani, Caruso). Für Kreissende mit einem Becken unter diesem Maasse bleibt die Sectio caesarea zu Recht bestehen. Bei Becken mit etwas grösserer Conjugata kann ein vorsichtiger Versuch mit der hohen Zange gemacht werden; führen einige wenige Tractionen nicht zum Ziel, so tritt an ihre Stelle der Symphysenschnitt. Die Perforation des lebenden Kindes ist auf die Fälle zu beschränken, wo aus äusseren Gründen die genannten Operationen unausführbar sind.

Nil Filatow, a. o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserl. Universität zu Moskau und Director des Chludow'schen Kinderspitals: **Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten.** Nach der 2. russischen Auflage übersetzt von A. Hippius, Kinderarzt in Moskau.

Es ist ein interessantes Buch, das uns hier von einem russischen Arzte, der seit 13 Jahren als klinischer Lehrer thätig ist, geboten wird. Werth und Bedeutung des Werkes liegen nicht sowohl in einer Bereicherung der wissenschaftlichen Forschung oder des empirischen Materials — obgleich es auch daran nicht fehlt — als vielmehr in der durchaus eigenthümlichen Art, wie Verfasser den gegebenen Stoff verarbeitet hat. Allenthalben giebt sich zu erkennen, dass der Autor, das behandelte Gebiet mit weitem Blick umfassend, gründlich vertraut ist mit allen Klippen und Irrgängen der pädiatrischen Diagnostik. Gegen die formale Anlage des Werkes liessen sich manche Bedenken erheben; aber die Mängel, die sich daraus ergeben, dass einerseits Krankheitsformen in geschlossenen Bildern (unter vorwiegender Berücksichtigung der Differentialdiagnose) vorgeführt, andererseits wieder Symptome als Ausgangspunkt der Erörterung aufgestellt werden — diese äusseren Mängel werden durch die Art der Ausführung reichlich aufgewogen. Einer der hervorragendsten Abschnitte des Werkes ist der über „febrile Krankheiten", ein Gegenstand, durch dessen treffliche Bearbeitung im „Archiv für Kinderheilkunde" sich Verfasser schon vor einigen Jahren bei den deutschen Kinderärzten auf das Vortheilhafteste eingeführt hat.

Mancherlei Einzelheiten, deren Kenntniss noch nicht als allgemein betrachtet werden kann, finden sich in dem Buche an verschiedenen Stellen eingestreut; es mögen nur einige derselben hier flüchtig angedeutet werden: An erster Stelle nennen wir die Pharyngitis ulcerosa — meist Theilerscheinung der Stomacace, bisweilen aber, durch den gleichen Process bedingt wie letztere, selbständig auftretend, ohne von den gewöhnlichen Localisationen der Stomacace begleitet zu sein; in diesem Falle kann die richtige Beurtheilung schwierig werden; der charakteristische Foetor ex ore, sowie die prompte und sichere Wirkung des Kal. chloricum sichern die Diagnose. Ausführlich bespricht Verfasser die Malariadiarrhoe — periodischer Durchfall als Ausdruck eines larvirten Wechselfiebers, meist Nachts oder am Morgen sich einstellend, oft von hoher Initialtemperatur und Milzschwellung begleitet; das Leiden widersteht allen gewöhnlichen gegen Diarrhoe gerichteten diätetischen und arzneilichen Mitteln, wird aber durch Chinin rasch gehoben. Sehr richtig bemerkt Verfasser am Schlusse des Capitels: „Um die Malariadiarrhoe zu diagnosticiren, muss man sich vor allen Dingen ihrer Existenz erinnern". (Gilt auch für andere Fälle. Ref.) In der Semiotik des Kopfschmerzes (einer der besten Abschnitte des Buches) wird unter anderen Ursachen des chronischen Kopfschmerzes auch der Onanie Erwähnung gethan; als Anzeichen für dieselbe werden angeführt: verdächtige Flecken auf der Wäsche und Bettdecke, unbedeckte Eichel, schwache Reaction des Cremasters bei Kitzeln der inneren Fläche des Oberschenkels, Schwinden des Patellarreflexes (von Renzi zuerst nachgewiesen), Zerstreutheit — d. h. Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit lange auf einen Gegenstand zu concentriren, — bei reiferen Kindern übertriebene Religiosität. — In dem der Peritonitis gewidmeten Abschnitte bespricht Verfasser u. A. auch die durch gymnastische Uebungen hervorgerufenen Schmerzen in den Bauchmuskeln — ein Zustand, dessen Unterscheidung von Bauchfellentzündung in einzelnen Fällen (wie durch Beispiele nachgewiesen wird) keineswegs ganz leicht ist.

Dass ein Werk wie das vorliegende manche anfechtbare Meinungen und manche Lücken aufweist, kann wohl nicht befremden. So z. B. wird die Annahme eines „Zahnfiebers, das bei einigen Kindern einen hohen Grad erreichen und selbst zu Convulsionen führen kann", heutigen Tags nur mehr wenige Anhänger finden. Wenngleich Verfasser sich den „Dentitionskrankheiten" gegenüber im Allgemeinen ziemlich reservirt verhält, so zeigt er sich doch noch allzu sehr befangen in der wie im Volke so auch noch in einzelnen ärztlichen

Kreisen tiefwurzelnden Ueberlieferung, die zu erschüttern selbst Kassowitz's wuchtigen Argumenten[1]) kaum gelingen dürfte. — In dem Capitel über die Tetanie hätte neben dem Trousseau'schen Symptom auch das Facialisphänomen eine Stelle verdient; vor Allem aber vermissten wir die Erwähnung der laryngospastischen Anfälle, welche zu den allerhäufigsten Begleiterscheinungen der Krankheit gehören und im engsten Zusammenhange mit ihr stehen. — Bei Erörterung der Differentialdiagnose des Scharlachexanthems macht Verfasser beachtenswerthe Angaben über eine als Rubeola scarlatinosa von ihm bezeichnete Krankheitsform und weist ferner auf verschiedene andere Ausschläge hin, die mit Scharlach verwechselt werden können. Ergänzend möchten wir hinzufügen, dass bisweilen auch die Aufnahme septischer Stoffe in's Blut ein dem Scharlach täuschend ähnliches Erythem hervorruft; geht die Septhämie von einer Rachen-Nasen-Diphtherie aus, so kann die Entscheidung darüber, ob es sich um eine „Scharlach-Diphtherie" handelt oder um eine septische Diphtherie mit scharlachähnlichem Erythem vorübergehend schwierig werden, zumal wenn man die Entwicklung der Krankheit nicht von Anfang an verfolgt hat. Aber lange dauert hier die Unsicherheit nicht; denn das septische Erythem ist in der Regel viel flüchtiger als ein gleich stark entwickeltes Scharlach-Exanthem. — Unter den Geschwülsten der Niere und der Nierengegend fehlt der perinephritische Abscess, der dem Kindesalter durchaus nicht fremd und in differential-diagnostischer Hinsicht von Bedeutung ist wegen der möglichen Verwechslung mit dem Psoas-Abscess — eine Verwechslung, die um so näher liegt, als in beiden Zuständen die Function des Psoas erschwert ist. — Auf weitere Einzelheiten einzugehen, müssen wir uns versagen.

Filatow's Werk ist zunächst für Studirende und junge Aerzte bestimmt; aber auch für den gereifteren Praktiker liegt ein nicht geringer Reiz darin, die Erfahrungen des Verfassers mit den eigenen zu vergleichen. Von der Uebersetzung können wir nur sagen: sie lässt vergessen, dass es nicht ein Originaltext ist, was uns vorliegt. Wertheimber.

Dr. **A. v. Schrenck-Notzing: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.** 314 Seiten. Preis 2 Mark.

Die sexuellen Perversitäten gelten immer noch als in der Regel unheilbar, wenn auch in neuester Zeit einige wenige mit Glück behandelte Fälle veröffentlicht worden sind. Das vorliegende Buch ist deshalb sehr zu begrüssen. Es thut dem Praktiker in überzeugender Weise dar, dass er solchen Fällen gegenüber die Hände nicht in den Schoss legen darf, und lehrt ihn zugleich, wie er vorzugehen hat; es verdient aber nicht weniger Beachtung durch seine pathologischen Capitel.

Die Erfolge der Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes haben den Verfasser zu dem Dilemma geführt, dass entweder angeborene Abnormitäten durch jene Behandlung beeinflusst werden können, oder dass das erbliche Moment bei der Entstehung der Homosexualität zu Ungunsten der äusseren Einflüsse überschätzt werde. Die Resultate eingehender Studien der Literatur sowie von 24 eigenen Beobachtungen, die in diesem Buche niedergelegt sind, beweisen mit Sicherheit, dass die letztere Annahme die richtige ist (vergl. die Ansicht Meynert's. Münch. Med. Wochenschr. 1892, p. 188). Damit fallen die trostlosen Consequenzen der bisherigen Auffassung dahin. Wenn äussere Einflüsse bei psychisch Abnormen den Geschlechtstrieb in falsche Bahnen lenken können, so lässt sich durch geeignete Prophylaxe mancher Patient vor Abwegen bewahren, und auch nach Ausbildung der Perversität werden erzieherische d. h. suggestive Einflüsse in vielen Fällen das Uebel wieder heilen können, und die Gerichte werden in jedem Falle statt des bisherigen Strafens oder des empfohlenen Gehenlassens sich fragen müssen, ob nicht Maassregeln zur Heilung eines Angeklagten zu ergreifen seien. Die letztere Consequenz wird vom Verfasser nicht eingehend ausgeführt. Um so mehr beschäftigt ihn die Therapie, deren Erfolge sehr erfreuliche sind, da er bei den verschiedenen Formen 35 Heilungen, 24 Besserungen und 11 Misserfolge zu constatiren hat. Die Suggestion wurde meistens in der Hypnose angewandt, doch vernachlässigte Verfasser auch die Wachsuggestion und alle sonstigen erzieherischen Momente durchaus nicht. Die Behandlung zielte jeweilen dahin, einestheils die krankhaften positiven Symptome (neurasthenische Störungen, Onanie, Perversion) wegzusuggeriren, und anderntheils Gesundheit mit normaler Geschlechtsfunction hervorzurufen. Leider ist die Technik zur Erreichung der letzteren Aufgabe noch nicht ganz auf der Höhe, die man nicht nur vom moralischen, sondern auch vom rein medicinischen Standpunkt aus wünschen könnte. Verfasser musste von seinen Patienten verlangen, dass sie während und nach der Behandlungszeit den Coitus in „normaler Weise" ausübten. Einige Gonorrhöen, ein uneheliches Kind, waren Folgen, die schon während der Beobachtungsdauer zu registriren waren, und die Erfahrungen über die Dauer des Eheglückes derjenigen Patienten, welche sich bereits verheirathet haben, müssen natürlich noch abgewartet werden. In letzterer Beziehung scheinen übrigens die Aussichten nicht schlimm zu sein. Ebenso sehr zu bedauern sind die Ausführungen des Verfassers über die „Nothwendigkeit" des Geschlechtsgenusses. Dass es Leute giebt, die ohne Coitus sich krank fühlen und es auch sind, ist ja keine Frage. Inwiefern aber an diesem Umstand die Gewohnheit, die Autosuggestion und die Einflüsse von aussen Schuld tragen, ist noch nicht untersucht; und vor Allem ist es doch noch lange nicht bewiesen, dass für den normalen Menschen der Coitus zum Wohlbefinden nöthig ist. Auch sollte der Beischlaf mit einer Dirne nicht als normaler Act bezeichnet werden. Ist es denn normal, wenn der Mann den Ekel, den doch jeder anständige Mensch für gewöhnlich vor der Berührung der Dirne hat, erst durch momentane besondere Stärke des Triebes oder — was viel häufiger — durch Alkohol betäuben muss, um zum Genusse zu kommen, und wenn bei der Bethätigung des physischen und psychischen Sexualapparates, der gewaltige Complex von Gefühlen und Strebungen, den man als „Liebe" bezeichnet, vollständig fehlt? Solche und ähnliche Behauptungen und Annahmen sollten, so lange sie nicht stricte bewiesen sind, so unzweideutig eingeschränkt und verklausulirt werden, dass nicht einmal der leicht Nervöse, geschweige denn der Gesunde, sie dazu benutzen kann, vor sich und Anderen den Umgang mit Prostituirten zu rechtfertigen.

Es bleibt noch zu bemerken, dass Verfasser mit dem neuen Namen „Algolagnie" diejenige sexuelle Perversität bezeichnet, bei der zugefügte oder erlittene Schmerzen eine Rolle spielen, d. h. den Sadismus und Masochismus. Bleuler.

Blasius: Unfallversicherung und Arzt. Berlin 1892, Habel. 150 S.

Verf. ist Vertrauensarzt der Berliner Schiedsgerichte und hat als solcher eine sehr bedeutende Zahl strittiger und verwickelter Unfallssachen zu beobachten und zu begutachten Gelegenheit. Bei den ausserordentlichen Schwierigkeiten, die die Beurtheilung derartiger Fälle immer noch bietet und auch wohl noch lange Zeit bieten wird, ist es gewiss nur auf's freudigste zu begrüssen, wenn Verf. in vorliegender Abhandlung aus dem Schatze seiner reichen Erfahrungen den Collegen bedeutsame Fingerzeige für die Ausstellung der ärztlichen Gutachten giebt.

Der Abhandlung über die ärztlichen Gutachten ist zunächst ein Abschnitt vorausgeschickt, der eine Reihe von bemerkenswerthen Wünschen für Abänderungen in der Ausführung des Unfallgesetzes betrifft. Dieselben befassen sich vor allen Dingen mit der Regelung der ärztlichen Thätigkeit. Zunächst verlangt Verf., dass zu dem Verunglückten sofort der Arzt der Berufsgenossenschaft zuzuziehen ist, oder wenigstens der Arzt, welcher den Betreffenden zuerst behandelt, zur schriftlichen Mittheilung über die Art der Verletzung und die muthmaassliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu veranlassen ist. Stirbt der Verletzte, so ist Seitens der Berufsgenossenschaft

[1]) Vergl. „Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung". Von Prof. Dr. M. Kassowitz. Leipzig, 1892.

stets eine Oeffnung der Leiche zu veranlassen, und der Bericht über dieselbe den Acten einzuverleiben. Geht der Verletzte aus der Behandlung eines Arztes in die eines anderen über, so muss immer ein Attest des betreffenden Arztes den Acten hinzugefügt werden.

Was das Verhältniss der Berufsgenossenschaften zu den Krankencassen anbetrifft, so verlangt B., dass die Genossenschaften unbedingt die Behandlung eines jeden Verletzten von vornherein in die Hand nehmen, mit anderen Worten, dass der von der Berufsgenossenschaft erwählte und ihr verantwortliche Arzt möglichst vom ersten Tage an die Behandlung der Verletzten leite. B. führt aus, dass bei einer solchen Regelung der Verhältnisse auch die Frage der Atteste sich zu einer viel einfacheren gestalten wird, dass der plötzliche Wechsel des Arztes wegfällt und dass der Verletzte sich von Anfang an in Händen von Specialärzten befindet, welche von vornherein auf eine möglichst gute und baldige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinarbeiten und mit den Methoden diese zu erreichen, vollkommen vertraut sind.

Eine solche Aenderung in der Behandlung des Verletzten führt nun unmittelbar zu einer anderen Neuerung, zur Errichtung von Unfallkrankenhäusern. Verf. hält dieselben für unumgänglich nothwendig, damit die Berufsgenossenschaften die Behandlung der Verletzten von vornherein in die Hand bekommen. Er hält es allerdings für unthunlich, die Krankenhäuser, wie Seeligmüller vorschlägt, mit solchen Arbeitern zu belegen, welche der Simulation verdächtig sind und derselben überführt werden sollen. Wollte man dies thun, so müsste man, um nicht die Simulation durch eine neue Maassregel zu fördern, zu gleicher Zeit vollkommen getrennte Häuser für Simulationsverdächtige und solche für die Behandlung Verunglückter einrichten.

Als einen grossen Mangel des Gesetzes bezeichnet Verf. weiter den, dass die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt nicht verpflichtet sind, Gutachten unparteiischer Aerzte einzuziehen. Er fordert dringend — und er dürfte damit wohl einer allgemeinen Zustimmung sicher sein —, dass bei den genannten Gerichten ein ärztlicher Beisitzer, wenn auch nur mit berathender Stimme vorhanden sei.

Der zweite Abschnitt des Buches behandelt dann die eigentliche Untersuchung und das sich daraus ergebende Gutachten. Nachdem einige nicht unwesentliche Bemerkungen über die äussere Form des Gutachtens vorausgeschickt sind, erörtert B. die Frage, ob bestimmte Formulare für dieselben zu benützen sind oder nicht. Im Allgemeinen verwirft er die Formulare, erkennt aber doch an, dass es einzelne Angaben giebt, die für alle Fälle nothwendig sind; um keine derselben zu vernachlässigen, erscheint es daher doch nothwendig, sich an ein gewisses Schema zu halten, das allerdings im Sinne der alten Schemata keines ist. Die nähere Eintheilung desselben muss im Original nachgesehen werden, Ref. glaubt, dieselbe als sehr zweckmässig erklären zu müssen. Das Gutachten vertheilt sich darnach auf 4 Seiten. Ein eigentliches Schema findet sich nur auf der ersten Seite für verschiedene die Personalien des Verletzten, die Art des Unfalles und der Behandlung, die jetzige Beschäftigung u. s. w. betreffende Fragen. Auf der zweiten und dritten Seite sollen in einer Spalte die Angaben des Verletzten und in einer anderen der ärztliche Befund niedergeschrieben werden. Am Fusse der dritten Seite sind etwaige chemische und mikroskopische Befunde einzutragen, und auf der vierten Seite schliesslich hat das eigentliche zusammenfassende ärztliche Gutachten Platz zu finden.

Hinsichtlich der Angaben über subjective Klagen empfiehlt es sich, dieselben vom Verletzten mit seinem Namen unterzeichnen zu lassen. Man kommt so nicht in die Lage, dass die Verletzten später derartige Angaben als nicht gemacht hinstellen. Der Bericht über den objectiven Befund muss ein möglichst genauer und so abgefasst sein, dass er auch dem Laien leicht verständlich ist. Angaben über Längen- und Dickenunterschiede sind immer in Centimetern auszudrücken. Nicht unwichtig ist es, darauf hinzuweisen, dass man das Bandmaass glatt und fest auf die Haut legen muss, ohne an demselben zu ziehen; nur so lässt sich eine Gleichmässigkeit des Messens seitens verschiedener Aerzte erzielen. Genaue Messungen sind von ausserordentlichem Werth. An jedem Glied wird durch eine länger dauernde Bewegungshinderung ein Schwund der Musculatur hervorgebracht; fehlt ein solcher bei angeblicher Arbeitsunfähigkeit, so wird man berechtigte Zweifel in die subjectiven Angaben des Verletzten zu setzen haben.

Recht genaue Angaben sollen vor allen Dingen bei Hand- und Fingerverletzungen gemacht werden, und zur Verdeutlichung des Befundes ist dringend die Beigabe einer photographischen Abbildung zu empfehlen.

Das zusammenfassende ärztliche Gutachten hat schliesslich zu erörtern, ob die subjectiven Angaben dem objectiven Befund entsprechen oder nicht. Verf. hat gewiss recht, wenn er verlangt, dass dabei nur mit Thatsachen und nicht mit Möglichkeiten gerechnet werden soll. „Nur da, wo objective Zeichen wirklich vorhanden sind, oder wo eine zwingende Wahrscheinlichkeit besteht, dass die geklagten Zustände noch vorhanden sind — z. B. bei alten Leuten und sehr kurze Zeit nach der Verletzung — darf ein Zusammenhang angenommen werden.“ Dem Ref. scheint das aber zu weit zu gehen. Es giebt doch zweifellos sehr heftige Beschwerden bei objectiv fast oder völlig negativem Befund. Leider geht Verf. auf das Capitel der Simulation nicht näher ein; der diesbezüglich in Aussicht gestellten Veröffentlichung ist jedenfalls mit Interesse entgegenzusehen.

Der dritte Abschnitt bringt schliesslich eine wohl hauptsächlich für Laien geschriebene Abhandlung über die Unterleibsbrüche. Den Schlussfolgerungen des Verf.'s über die Entstehung der Brüche ist jedenfalls rückhaltslos zuzustimmen: Ein Bruch kann nicht plötzlich entstehen; ein bestehender Bruch füllt sich allmählich und kann sich nicht plötzlich dauernd füllen, ohne dass eine Zerreissung des Ringes oder Einklemmung des Bruchinhaltes stattfindet; die Füllung eines Bruchsackes mit Eingeweiden bringt dem Betroffenen keinen dauernden Nachtheil, so lange die Eingeweide in die Bauchhöhle zurückgebracht und dort durch ein Bruchband zurückgehalten werden. Verf. empfiehlt den Berufsgenossenschaften, trotz ärztlicher Gutachten bei jedem Falle von Bruch das Vorhandensein eines Unfalles zu bestreiten.

Wir haben den Inhalt der B.'schen Arbeit etwas ausführlicher wiedergegeben, weil wir glauben, dass dieselbe für jeden mit Unfallverletzungen beschäftigten Arzt ausserordentlich bemerkenswerthe Thatsachen enthält. Immerhin konnte die Besprechung nur eine lückenhafte bleiben. Das Studium des Originals sei allen Betheiligten auf's Angelegentlichste empfohlen.

Krecke.

Dr. **Rudolf Lewandowski,** k. k. Regimentsarzt und Professor: **Das elektrische Licht in der Heilkunde.** 8. 295 P. Mit 307 Illustrationen. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg.

Der Zweck des vorliegenden Buches ist, nach Verfassers eigenen Worten, die möglichst gründliche Behandlung der Hilfsmittel und Methoden, welche die Anwendung des elektrischen Lichtes in der Heilkunde bedingen; dann eine historische Uebersicht der allmählichen Entwickelung dieser Hilfsmittel und Methoden bis zu ihrer heutigen Vervollkommnung, sowie endlich deren Dignität, wie auch die mit denselben erzielten praktischen Erfolge in Wort und Bild möglichst präcis gefasst dem Leser vorzuführen.

In der 1. Abtheilung bespricht Verfasser die Entwicklung und den dermaligen Stand des Instrumentariums zur Anwendung des elektrischen Lichtes in der Heilkunde. Von dem Platinglühlicht in seiner einfachsten Anwendungsweise an bis zuden ausserordentlich vervollkommneten Apparaten von Leiter, Nitze, Oberländer u. A. werden die verschiedenen Endoskope genau beschrieben, und, was vor allen Dingen für die Leser wichtig ist, durch zahlreiche gute Abbildungen illustrirt.

Dass Verf. von Neuem wieder die Prioritätsstreitigkeiten von Nitze und Leiter breit tritt und hierbei gegen ersteren zum Theil in recht scharfer Weise polemisirt, gereicht dem Buche jedenfalls nicht zum Vortheil. Es wäre wohl endlich

einmal an der Zeit diese für die Wissenschaft höchst unerquicklichen Reibereien zu beenden.

Der 2. Theil des Buches handelt von dem elektrischen Licht in der Heilkunde vom klinisch praktischen Standpunkte aus. Die Diaphanoskopie, Elektro-Ophthalmoskopie, Elektro-Stomatoskopie, Elektro-Pharyngoskopie, -Laryngoskopie, -Tracheoskopie und -Rhinoskopie, die Elektro-Otoskopie, Elektro-Vaginoskopie, -Hysteroskopie, -Rektoskopie und -Enteroskopie; die Elektro-Oesophagoskopie und -Gastroskopie, sowie endlich die Elektro-Urethroskopie und -Cystoskopie werden je nach ihrem Werthe mehr oder geringer eingehend besprochen. Auch hier tragen reichliche Abbildungen sehr zum besseren Verständnisse der zum Theil noch recht complicirten Apparate bei.

Das Buch des Verf.'s wird von jedem Arzt, der sich mit Endoskopie beschäftigt, mit grossem Nutzen gelesen werden.

Die äussere Ausstattung des Werkes ist eine der bekannten Verlagsfirma durchaus würdige. G. Wagner-Leipzig.

Vereins- und Congress-Berichte.

II. Internationaler dermatologischer Congress.

Vom Organisations-Comité aufgestellte Themata:

I. Ueber lymphatische Erkrankungen der Haut, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. Docent Dr. R. Paltauf-Wien.

II. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lepra in Europa. Dr. Arning-Hamburg, Dr. Petersen-Petersburg.

III. Ueber Dermatomykosen, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Frankreich. Dr. Feulard-Paris.

IV. Ueber tardive Syphilis. Prof. Neumann-Wien.

V. Ueber Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes. Prof. Jarisch-Innsbruck.

VI. Ueber Psorospermosen. Prof. C. Boeck-Christiania, Prof. A. Neisser-Breslau.

VII. Ueber die Principien der Gonorrhöebehandlung. Prof. Neisser-Breslau.

VIII. Ueber Lupus erythematosus. Dr. Malcolm Morris-London, Dr. Th. Veiel-Canstatt.

Angemeldete Vorträge:

Besnier et Hallopeau-Paris: Contribution à l'étude du mycosis fungoides.
Besnier-Paris: Sur le Prurigo.
Fournier et Feulard-Paris: Études statistiques sur l'etiologie de la syphilis.
Doutrelepont-Bonn: Zur Haut- und Schleimhauttuberculose.
Schwimmer-Budapest: Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affectionen.
Riehl-Wien: 1) Leukaemia cutis. 2) Ueber multiple Endotheliome der Haut.
Mracek-Wien: Ueber Herzsyphilis.
Ehrmann-Wien: 1) Ueber Anatomie und Physiologie des Hautpigments. 2) Discussion Psorospermosen. 3) Discussion Blennorrhöe.
O. Chiari-Wien: Ueber Pemphigus laryngis.
Havas-Budapest: Ueber Mikroorganismen bei Mykosis fungoides (Alibert).
C. Ullmann-Wien: Zur Localisation des Quecksilbers in thierischen Geweben.
J. Pringle-London: Thema vorbehalten.
Störk-Wien: Ueber Syphilis der Nasenschleimhaut.
Leslie Roberts-Liverpool: Herpes tonsurans.
H. Hebra-Wien: Tema vorbehalten.
Grünfeld-Wien: Endoskopie.
Neumann-Wien: Ueber neue Lepraherde in Europa.
Barthélemy-Paris: 1) Dermographisme. 2) Sur la longue durée de la contagiosité de la période secondaire dans certains cas de Syphilis bénigne.
S. Rosalimos-Athen: Sur la fièvre dans la Syphilis.
Hutchinson John-London: Demonstrationen: 1) Infective Angiome. 2) Eruptionen, bedingt durch den Sommer und den Einfluss der Sonne. 3) Heilung von Xanthoma diabeticorum. 4) Melanosis in Connexion mit Lentigo senilis.
F. J. Pick-Prag: Die Dermatohyphomyceten in ätiologischer und pathologischer Beziehung.
E. Welander-Stockholm: 1) Untersuchungen über die Absorption und Elimination bei unter verschiedenen Umständen ausgeführter Einreibungscur. 2) Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst Ueberstreichens, nicht Einreibens, mit Mercursalbe.
Bulkley-New-York: Thema vorbehalten.
L. Lewin-Berlin: Ueber die Arzneiausschläge vom pharmakologischen Standpunkte aus.
Eraud-Lyon: Recherches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique.
Baldomar Sommer-Buenos-Ayres: Ueber Lupus erythematosus.
Balmanno-Squire-London: On Rhinophyma and a new method of operating for its removal.
Emanuel Kohn-Wien: Die contagiösen Hautkrankheiten im Kindesalter in ihrer Beziehung zur Schulhygiene.
Zambaco Pascha-Constantinopel: Sur la lèpre.
Hugo Schindelka-Wien: Ueber Dermatonosen der Hausthiere.
Aubert P.-Lyon: 1) Recherches sur la sécrétion sudorale et la sécrétion sebacée. 2) Traitement du lupus par les solutions aqueuses mercurielles.
Ludwig Schuster-Aachen: Beobachtungen über Reinfection.
E. Finger-Wien: 1) Ueber pathologische Anatomie der Urethritis chronica posterior und der blennorrhagischen Prostatitis chronica (mit Demonstr. hist. Präp.). 2) Beitrag zur Aetiologie und Anatomie des multiformen Erythems (mit Demonstr. hist. Präp.).
Max Joseph-Berlin: Ueber Angiokeratosen mit mikroskopischen Demonstrationen.
Zeferino Falcao-Lissabon: La lèpre en Portugal.
Max von Zeissl-Wien: Ueber die Innervation der Blase.
Karl Szadek-Kiew: Syphilistherapie.
Karl Berliner-Aachen: Ueber spontane Keloïde.
K. A. Herzfeld-Wien: Beitrag zur Lehre von der Gonorrhöe des Weibes.
Alfred Staub-Posen: Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.
Martin Chotzen-Breslau: 1) Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhöe. 2) Beitrag zur Gonorrhöebehandlung. 3) Mikroskopische Demonstrationen.
Robinson-New-York: Dysidrosis.
Janovsky-Prag: Weitere endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhöe des Weibes.
S. Pollitzer-New-York: Zur Histologie des Herpes Zoster. Ueber Urticaria perstans. Das Ozonol in der Dermatotherapie.
K. Touton-Wiesbaden: 1) Beiträge zur Lehre von der Gonorrhöe der kleinen Hautdrüsen am Penis (mit Demonstrationen). 2) Die Gonococcen im Gewebe der Bartholinischen Drüse (mit Demonstrationen).
A. Lang-Moskau: Ueber ein neues Verfahren bei Gonococcenfärbung.
A. Hardy-Paris: Coup d'oeil sur l'état actuel de la Dermatologie.
S. Lustgarten-New-York: 1) Eine klinische Bemerkung betreffs Molluscum fibrosum. 2) Gangraena cutis hysterica. 3) Osmiumreaction des Pigmentes der Haut.
Leopold Glück-Serajevo: 1) Ueber die häufigsten Hautkrankheiten des österreichisch-ungarischen Occupationsgebietes.
Edmund Saalfeld-Berlin: Ein neues dermatotherapeutisches Präparat.
de Amicis-Neapel: 1) Ueber Psorospermosen der Haut. 2) Ueber einen die Existenz des wahren Trichoma beweisenden Fall.
Barduzzi-Siena: 1) Angiomelanosis lenticularis progressiva cutis. 2) Syphilis ab conceptione. 3) Syphilis hereditaria tarda.
Mibelli-Sassari: Ueber die Histologie des Favus.
Scarenzio-Pavia: Ueber specifische Wirkung des Hg. gegen Syphilis.
Breda-Padua: Ueber Erytheme und Mikroorganismen der Mykosis fungoides.
Giovannini-Turin: Ueber die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie.
Soffiantini-Pavia: Dermatologische Therapeutik.
Tommasoli-Modena: Bericht über hypodermatische Einspritzungen mit Blutserum des Lammes gegen einige infectiöse Hautkrankheiten und besonders gegen Syphilis.
Ciavvochi-Rom: 1) Ueber Dermatomykosis favosa. 2) Ueber Bromexanthem bei Nervenleidenden.
Kollmann-Leipzig: 1) Die neuesten Verbesserungen der elektromikroskopischen Apparate und deren therapeutische Verwendung (Demonstration). 2) Discussion zu Thema: Blennorrhöe; Demonstrationen: Tumoren der Harnröhrenmündung bei Prostituirten; intraurethrale Papillome beim Manne; Entleerungskatheter bei Lithotripsie; Instrumente für die Stricturbehandlung.
Vineta-Bonaserra-Barcelona: Traitement de teigne pelade et faveuse par le naphtol.
Romniceano-Bukarest: De différentes formes de Syphilis infantiles, observées à l'hôpital des enfants depuis l'année 1874 à 1892.
Petrini de Galatz-Bukarest: 1) Sur la pathogénie de la mort dans un cas de lupus érythémateux généralisé. 2) Pemphigus malignus, Relations de lésions trouvées dans trois cas semblables avec préparations histologiques. 3) L'emploi du traitement dit mixte est il indispensable dans la Syphilis tertiaire?
Schwenninger-Berlin: 1) Ueber Anwendung der örtlichen Hitze bei Hautkranken. 2) Einiges über Geschwulstbildung in der Haut.
Louis Török-Budapest: Ueber die protozoënartigen Gebilde des Krebses.
Houlky-Bey-Konstantinopel: Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.
Calcott Fox-London: Thema vorbehalten.
Alfred Eddowes-London: Impetigo. Demonstration von Culturen von Favus, Herpes tonsurans u. einigen selteneren Hautkrankheiten.

E. Ludwig-Wien: Ueber den Nachweis des Quecksilbers und über die Localisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.
Jessner-Königsberg: Ueber das Wachsthum der Favuspilze.
Aug. Ducrey-Neapel: 1) Ueber Cultur der Leprabacillen. 2) Ueber einige seltene Formen der Ichthyosis.
Oro Marius-Neapel: 1) Histologische und bakteriologische Untersuchungen im centralen und peripheren Nervensystem bei einem Leprafalle. 2) Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei zwei Fällen von Pemphigus vegetans.
Ducrey-Oro-Neapel: Beitrag zur Pathogenesis und Histologie der spitzen Kondylome.
Radcliff-Crocker-London: 1) Dermatitis repens. 2) Adenoma sebaceum. 3) Acne scrophulorum; Discussion: Lupus erythematosus.
A. Konried-Wien: Ueber quantitative Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis.
J. H. Rille-Wien: Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen.
E. Schiff-Wien: 1) Ueber eine besondere Form von Dermatitis ulcerosa. 2) Ueber Anwendung des hydrotherapeutischen Verfahrens bei Behandlung von Hautkrankheiten.
Krowiczynski-Lemberg: Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis.
Haslund-Kopenhagen: Alopecia leucodermica.
Leloir-Lille: 1) Syphilistherapie. 2) Ueber Pemphigus.
Barbe: Diagnostic différentiel de la syphilis pulmonaire et de la tuberculose pulmonaire.
Perrin: 1) Cas de dégénéréscence colloide du derme. 2) Cas de ladrerie chez l'homme.
Brocq-Paris: 1) Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens. 2) Remarques sur les alopécies des seborrhées et de la Keratose pilaire.
Brocq et Jacquet-Paris: Forme insolite superficielle de tuberculose cutanée.
Vergère-Paris: Sur la Syphilis d'emblée.
Hallopeau et Jeanselme-Paris. Thema vorbehalten.
v. Düring-Pera: Ueber Lepra.
Vidal-Paris: Du prurigo de Hebra.
Gaucher-Paris: 1) Des metastases de psoriasis. 2) Guérison de quelques cas rares de Syphilis tertiaire.
Feulard et Djelaleddin Mouhktar-Paris: Etudes statistiques sur la Syphilis ignorée.
Feulard H.-Paris: La question des teignes en France 1886—1892.
Joannu-Athen: 1) Ueber die Syphilis bei den alten Griechen. 3) Ueber Syphilis in Griechenland und eine specielle Form „Spyrokolon".
Cehak F.-Wien: Ueber Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum sozojodolicum.
Jadassohn J.-Breslau: Discussion Lupus erythematosus.
Ravogli A.-Cincinnati: Plaques muqueuses.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 9. August 1892.

Ueber Dentitionskrankheiten.

Pasnard ist der Ueberzeugung, dass jede Dentition von einer Störung im Befinden des Kindes begleitet und jedes zahnende Kind als wirklich Kranker zu betrachten sei; wofür den sichersten Beweis die Gewichtscurve abgebe. In der kalten Zone und in der kalten Jahreszeit sind es vornehmlich reflectorische Erkrankungen von Seite der Respirationsorgane, in der heissen Zone und in heisser Jahreszeit solche von Seite des Digestionsapparates: also im Winter Nasen- und Bronchialkatarrh, im Sommer Diarrhoe und selbst sogenannte Cholera infantum. Die Krämpfe hängen zwar mit der Dentition zusammen, aber auch mit anderen Ursachen, höchst selten jedoch mit Hysterie; die Incision des Zahnfleisches hat Pasnard immer treffliche Erfolge gegeben.

Ollivier glaubt nicht an Dentitionskrankheiten und fand meist als Ursache irgendwelche organische Störung, auch Hysterie und besonders schlechte Hygiene zumal bei den künstlich ernährten Kindern und denjenigen, welchen in unregelmässiger Weise von der Amme die Brust gereicht wird.

Roy de Méricourt: Das meist treffliche Befinden der Kinder zwischen den Dentitionsperioden und das plötzliche Eintreten von Beschwerden am Beginne der Dentition, sowie das Verschwinden derselben beim Einschneiden des Zahnfleisches sind Beweis genug, dass es sich dabei um mit der Dentition zusammenhängende Krankheiten handelt.

Peter: Die mit der Zahnentwicklung einhergehende Hyperämie des Zahnfleisches ist es, welche die verschiedenen Reflexerscheinungen zur Folge hat: ausser starker Salivation übermässige Absonderung von Magensaft, woher Erbrechen, und Hypersecretion des Darmsaftes, woher Diarrhoe, in manchen Fällen choleraartig mit tödtlichem Ausgang. Eine Folge der ferners sehr häufig eintretenden Schlaflosigkeit sind die Krämpfe, welche im Gegensatz zu den hysterischen oft tödtlich sind; häufiger jedoch können sie sich bei hysterischen und mit Alkohol genährten Kindern einstellen. Die während des Zahnausbruches bestehende Temperaturerhöhung hört mit der Incision des Zahnfleisches, welche warm zu empfehlen ist, auf.

Constantin Paul macht darauf aufmerksam, dass der Ausbruch aller Zähne nicht im gleichen Grade die Zufälle verursacht: die oberen Schneidezähne rufen sie häufiger hervor wie die unteren; die Eckzähne kommen ohne Beschwerde heraus, am schwierigsten geht es bei den Backzähnen.

Die Taenia in den französischen Colonien.

Bérenger-Féraud constatirt, dass seit 1860 in den Hafenspitälern von Frankreich die Taenia saginata an Häufigkeit constant zunehme: der Ursprung sei besonders im Senegal und in Cochinchina zu suchen; im ersteren scheinen die Keime besonders von den Negern aus dem Nigerbecken eingeschleppt zu werden, in letzterem die Ursache in einer seit 1872 eingeführten Modification der Fleischverproviantirung zu liegen. In Algier, wo schon zur Zeit der Besitzergreifung der Parasit sehr häufig war, ist keine Vermehrung eingetreten.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 8. August 1892.

Lancereaux, welcher zuerst im Jahre 1877 das Vorhandensein von Diabetes mit beträchtlicher Abmagerung und vollständiger Zerstörung des Pankreas constatirt hatte, machte neuerdings in Gemeinschaft mit Thiroloix folgende Versuche. Er näht unter die Bauchhaut des Thieres den duodenalen Theil (Kopf) des Pankreas; hat sich das Thier erholt, so wird der übrige Theil (Schwanz) des Organes exstirpirt und endlich einige Tage später auch das angenähte Stück. Bald nach der Fixirung an der Bauchwand tritt nun Glykosurie auf, welche aber nach 2—3 Tagen wieder verschwindet; nach der Exstirpation des verbliebenen Stückes keine Glykosurie und nach jener des angenähten Theiles abundante Glykosurie, schnelle Abmagerung und Tod in relativ kurzer Zeit. Totalexstirpation des Pankreas hat also eine Art Diabetes zur Folge, ein Theil dieses Organes, aus seiner gewöhnlichen Lage gebracht, hindert das Ausbrechen dieser Krankheit. Dieser Diabetes pancreaticus hängt nicht von der fehlenden Drüsensecretion des Pankreas ab, — denn das an die Bauchwand angenähte Organ lässt das Drüsensecret, welches es noch ausscheiden kann, nach aussen fliessen und die Glykosurie tritt nicht ein — sondern einfach von der Abwesenheit eines Saftes, welcher im Innern der Drüse secernirt und von den Blut- und Lymphgefässen resorbirt wird. St.

Verschiedenes.

(Internationaler Congress für criminelle Anthropologie.) In der letzten Sitzung verlas Denis-Brüssel eine Arbeit über „wirthschaftliche Krisis und die Kriminalität." Er wies darin zahlenmässig nach, dass die Theuerung des Getreides und der Nährmittel die Zahl der Verbrechen vermehrt, während das Sinken der Getreidepreise eine Verminderung der Kriminalität im Gefolge hat. Nachdem Prof. Winckler-Utrecht seinen Antrag, das Studium der criminellen Anthropologie als obligatorisch für die Studirenden des Rechts und der Heilkunde zu fordern, begründet hatte, riefen die Ausführungen des Rechtsprofessors Gaucler-Caen über die socialen und anthropologischen Elemente bei der Strafbestimmung eine sehr eingehende, aber im Sande verlaufende Debatte hervor. Prins, Hamel und Liszt-Halle stellten den Antrag, dass der nächste Congress vor allem die socialen Factoren der Kriminalität und die praktischen Reformen, welche in das positive Strafrecht einzuführen sind, prüfe. — Hamel-Brüssel und Thiry-Lüttich sprechen über die Behandlung der sogenannten Unverbesserlichen. De la Tour, Generaldirector der belgischen Gefängnissverwaltung machte die Mittheilung, dass in allen 29 Gefängnissen Belgiens Irrenärzte zur Beobachtung des geistigen Zustandes der Gefangenen angestellt sind. Von den verurtheilten Gefangenen wurden während ihrer Haft durchschnittlich irre bis zum Jahre 1887 1 Proc., von 1887—1890 1,6 Proc., im Jahre 1891 und im ersten Halbjahre ds. Js. 1,8 Proc. Schliesslich nahm der Congress sechs Wünsche an: Errichtung von Lehrcursen an den Universitäten über criminelle Anthropologie und gerichtliche Medicin für die das Recht und die Heilkunde Studirenden; Errichtung anthroprometrischer Aemter in allen Ländern mit einem Centralamte in Brüssel oder Paris, Ergänzung der Untersuchungsacten durch einen psychologischen und physiologischen Nachweis über den Angeklagten; Schaffung von Sondergefängnissen für Irre; Errichtung eines Dienstes für die psychisch-moralische Prüfung der Gefangenen im Hinblick auf die bedingte Haftentlassung und Ergänzung der criminellen Statistik durch vergleichende wirthschaftliche Thatsachen. Der Vorsitzende bezeichnete in seiner Schlussrede den Brüsseler Congress als einen „glänzenden Sieg für die criminelle Anthropologie und als einen Sieg ohne Opfer." Das Recht und die Anthropologie sind fortab verbunden zu dem gemeinsamen Ziele: „die Gerechtigkeit durch die Wissenschaft und die Menschenliebe."

(Altindisches Literatur-Denkmal.) Der in den Diensten der bengalischen Regierung stehende deutsche Sanskritforscher Dr. Hoerule war von der indischen Regierung mit der Erforschung und

Uebersetzung eines altindischen, auf Birkenrinde geschriebenen Manuskripts von 55 Seiten Umfang betraut worden, welches vor 2 Jahren von dem indischen Lieutenant Bower in einer luftdicht verschlossenen Kammer unter einem 60 Fuss hohen buddhistischen Denkmal in der Nähe von Kuchar in chinesisch Turkestan gefunden worden war. Dieses Manuskript stellte sich als ein alt-indisches, in archaistischem Sanskrit (Gupta-Idiom) geschriebenes medicinisches Literatur-Denkmal beraus, indem die erste und fünfte der fünf Abtheilungen medicinische Abhandlungen sind. Der Eingang zur Vorrede lautet: „Heil den Pathagatas! Ich bin gewillt ein erprobtes medicinisches Handbuch, Navanitaka genannt, niederzuschreiben, welches das ausgezeichnete, in alten Zeiten von den Maharshis aufgestellte System enthält. Alles was den von Krankeit befallenen Männern, Frauen und Kindern heilsam sein kann, ist in diesem Buche niedergelegt. Dem vorsichtigen Arzt wird es sich durch die Genauigkeit der angegebenen Heilmittel empfehlen, aber dem Liebhaber vieler Einzelheiten wird mit Mannigfaltigkeit der aufgezählten Recepte gedient sein.“ Der älteste Theil des Manuskripts stammt etwa aus dem Jahre 525 vor Christi Geburt, der jüngste ist etwa um 50 Jahre jünger. (V. Z.)

Therapeutische Notizen.

(Gegen Hyperemesis gravidarum) ward neuerdings das Menthol empfohlen. Damit dasselbe seine analgesirende und anästhesirende Wirkung unmittelbar auf den Magen entfalten könne, schlägt Dr. Weil (Centralbl. f. d. ges. Therapie, 1892, August) vor, 10 Tropfen einer 20proc. Lösung des Menthols in Olivenöl auf gepulverten Zucker zu träufeln und ebenso Zucker darauf zu streuen. Dieser imprägnirte Zucker soll genommen werden, sowie Ueblichkeiten oder Brechreiz eintreten. Auf diese Weise soll in den schwersten Fällen von ganz unstillbar scheinendem Erbrechen Erfolg erzielt worden sein. Eine Wirkung des Mittels auf bloss suggestivem Wege hält Weil für ausgeschlossen. — Fedorow-Charkow (Gazette de Gynécol. p. 144) sah dagegen auf Extr. Hydrast. canadensis fluid. (4mal täglich 20 Tropfen) schnellen und vollständigen Erfolg eintreten; Fedorow glaubt, dass das Mittel den Blutdruck herabsetzt, die Hyperämie des Uterus vermindert und die gereizten vasomotorischen Centren des Verdauungscanals beruhigt.

(Mittel, welche die Milchsecretion befördern) — dieselbe entweder wieder anregen oder vermehren, ohne ihren Gehalt zu verringern und sowohl beim Menschen wie beim Rind sich als wirksam erwiesen haben — sind nach Griniewitsch Elektricität und von Medicamenten: Galega, Urtica, Anis, Kümmel und Fenchel. Ohne dass bei Anwendung dieser Mittel die Frau Uebelbefinden und Schwächezustände zeigte, bewies das Gedeihen der Kinder, deren Gesundheit vorher eine gestörte war, wie sehr zum Vortheil die Qualität der Milch verändert ward. An erster Stelle steht Galega, welches entweder als Tinctur oder in Syrupform in Anwendung kommt:

1) Extr. Galegae . . 65,0 Alkohol. (60 Proc.) 1000,0 MDS. 4—5mal tägl. ½ Theelöffel.	2) Extr. Galegae . . 50,0 Syrup. simpl. . . 1000,0 MDS. 4—5mal tägl. 1 Esslöffel.

3) In Pillenform: Extr. Galeg. 0,25 M. f. pilul. 1—4 Pillen täglich.

Sodann Brennessel-Extrakt.

1) Extr. urtic. . . . 200,0 Alkohol. (60 Proc.) 1000,0 MDS. 4—5mal tägl. ½ Theelöffel.	2) Extr. urtic. . . . 200,0 Syrup. simpl. . . 1000,0 MDS. 4—5mal tägl. 1 Esslöffel.

Kümmel, Anis oder Fenchel werden gepulvert 1—5 g täglich, 1 g pro dosi gegeben. St.

(Bei Zoster ophthalmicus) empfiehlt Bourgeois folgende Behandlung: Man bestreue die erkrankte Partie Morgens und Abends mit einem Pulver, bestehend aus Bismuth. subnitr. und Amylum āā 4,0 und 0,5 Jodol, Jodoform oder Aristol, nachdem vorher Waschungen mit warmer Borsäurelösung vorgenommen worden waren; hierauf wird das Auge mit Watte- und Guttapercha-Leinwand bedeckt; die Schmerzen sind durch Morphium-Injectionen oder mit Chloral oder Antipyrin zu bekämpfen. Die Complicationen seitens der Cornea und Iris, sowie die Neuralgien sind mit den gewöhnlichen Mitteln (points de fer, Galvanisation mit 4—6 ma Stromstärke etc.) zu behandeln.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. August. Der Bericht über den VI. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag, welcher am 10. Juni cr. in Hamburg stattfand, ist im Druck erschienen. Wie aus dem Bericht hervorgeht, wurde u. a. bei Besprechung der Rechte und Pflichten der Genossenschaften in Bezug auf die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz von dem begutachtenden Arzte der Berliner Schiedsgerichte in Unfallsachen, Herrn Dr. Blasius, in einem eingehenden Vortrage die Wichtigkeit eines sofortigen sachgemässen Heilverfahrens gleich nach dem Eintreten des Unfalls nachgewiesen und der Werth eigener genossenschaftlicher Krankenhäuser hervorgehoben. Eine Ansicht, der aus den Kreisen der Genossenschaften der Correferent, Herr Director Schlesinger, vollinhaltlich beitrat, indem er empfahl, dass die Berufsgenossenschaften im wohlverstandenen eigenen Interesse auf Grund der erwähnten Novelle schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen das Heilverfahren auf eigene Kosten übernehmen. Eine dementsprechende Resolution gelangte zur Annahme. In Bezug auf die Frage, ob die Aerzte in ihren Gutachten über die durch Unfälle herbeigeführten Verletzungen und deren Folgen, ausser einer objectiven Darstellung des Befundes berechtigt sein sollen, den Grad der verbliebenen Erwerbsfähigkeit in Procenten anzugeben, konnte eine Einigung nicht erzielt werden. Während auf der einen Seite den Aerzten dieses Recht bedingungslos zugesprochen und die Ausübung desselben für nützlich erachtet wurde, war man auf der anderen Seite der Ansicht, dass dies eine rein wirthschaftliche, sich in den meisten Fällen der Beurtheilung der Aerzte entziehende Frage sei, deren Entscheidung zunächst den interessirten Parteien vorzubehalten sei; dass den Aerzten daher das Recht, ein Urtheil über die verbliebene oder verlorene Erwerbsfähigkeit in Procenten abzugeben, nur für die Fälle zugesprochen werden sollte, in welchen dies von den Berufsgenossenschaften ausdrücklich verlangt würde. Die Frage, ob die Berufsgenossenschaften als öffentliche Behörden anzusehen sind, welche vielfach und zwar neuerdings von den Aerztekammern bei Prüfung der Frage betreffend die Bildung von Aerzte-Collegien zur Abgabe von Obergutachten verneint worden war, wurde von dem Referenten Herrn Rechtsanwalt Lindenberg-Berlin, bejaht und ausgesprochen, dass die Berufsgenossenschaften vermöge der ihnen gesetzlich zugesprochenen Rechte und Pflichten, allerdings den Charakter öffentlicher Behörden zu beanspruchen hätten. (Allg. Z.)

— Der Provinzialausschuss von Schlesien hat die Mittel bewilligt, um in Freiburg (Regierungsbezirk Breslau), Lublinitz und Kattowitz (Oberschlesien) etwa 600 Idioten und Epileptiker in eigenen Provinzialanstalten unterzubringen. Zum Director der grössten der einzurichtenden Anstalten, der in Freiburg, ist Dr. Otto Dornblüth, bisher II. Arzt an der Provinzialirrenanstalt zu Bunzlau ernannt worden. (V. Z.)

— Dr. Grechen in Luxemburg, der in einem Buch über sexuelle Krankheiten eine Anzahl hochgeachteter Luxemburger Familien blossgestellt hatte, wurde jüngst vom Appellhofe wegen Verletzung des ärztlichen Geheimnisses zu einer Gefängnissstrafe von 14 Tagen verurtheilt. Dr. Grechen hat nunmehr vom Rechtsmittel des Cassationsrecurses Gebrauch gemacht, und der Rechtsstreit wird somit alle Instanzen durchlaufen. Professor Freund-Strassburg war vor der Strafkammer als Sachverständiger für den Beschuldigten eingetreten und hatte namentlich die von Dr. Grechen angewandte Art der näheren Bezeichnung der Patienten als in der deutschen Wissenschaft allgemein üblich (?) hingestellt. Der Oberstaatsanwalt wandte sich vor dem Appellhof in lebhafter Weise gegen die Auseinandersetzungen Prof. Freund's, und meinte, man könne die deutsche Wissenschaft nicht dazu beglückwünschen, wenn sie wirklich nach dessen Theorien verfahren sollte. Der Appellhof schloss sich übrigens der Auffassung des Oberstaatsanwalts an. In den Erkenntnissgründen ist auseinandergesetzt, dass das sociale Interesse den Vorrang vor dem wissenschaftlichen habe, und dass ausserdem das wissenschaftliche Interesse keine solche Bezeichnung der Patienten verlange, dass sie dem Publicum auf den ersten Blick erkennbar sein müssen. (Allg. Z.)

— Die Stadtverwaltung von London hat beschlossen, jedem Arzte, welcher bei irgend einem Unglücksfalle auf der Strasse Hilfe leistet, am Tage 5 Schilling, in der Nacht 10 Schilling zu zahlen. Ausserdem hat die Stadt für die erste Hilfeleistung bereits für diesen Zweck angestellte Aerzte, welche eine Gage von je 450 Pfund Sterling jährlich beziehen.

— In La Spezia ist am 14. August der erste Congress der öffentlichen Hilfs- und verwandter Vereine, welche die Hilfeleistung für Verwundete und Kranke zum Zwecke haben, eröffnet worden. Zur Berathung stehen u. A. Anträge betreffend die Verbindung aller Hilfsvereine der Monarchie, die Aufstellung eines einheitlichen Grundgesetzes, die besten Transportmittel, die Hilfeleistung in den Behausungen, die Verallgemeinerung der Feuerbestattung und die Frage, ob die Vereine sich in Kriegszeit dem Rothen Kreuze zur Verfügung stellen sollen. Vorsitzender des Ausschusses ist der Ingenieur Graf Francesco Federici.

— Im kommenden Jahre beginnt ein ungarisches Handbuch der Medicin zu erscheinen, dessen einzelne Abschnitte von den hervorragendsten Gelehrten und Klinikern bearbeitet werden. An der Spitze der Herausgeber stehen die Professoren Bókai, Kétli und Koranyi. Der erste Band, der die Infectionskrankheiten behandelt, wird 1893 erscheinen und in vier Jahren soll das Werk vollendet sein.

— Cholera-Nachrichten. Soferne nicht die Gewöhnung an jede länger dauernde Naturerscheinung die Ursache ist, dass die Nachrichten aus dem Choleragebiete allmählich immer spärlicher fliessen, können wir nur annehmen, dass die Intensität der Seuche bereits wieder in Abnahme begriffen ist. Diese Annahme findet ihre Bestätigung in directen Meldungen über das Zurückgehen der Erkrankungs- und Sterbeziffern der zuerst inficirten Städte und Gouvernements an der Wolga.

Welchem Umstand nun das Erlöschen der Epidemie zuzuschreiben ist, kann heute noch nicht gesagt werden; sicher sind die meteorologischen Verhältnisse, über die leider noch gar nichts bekannt geworden ist, allein hemmend für die Weiterentwicklung gewesen, aber nicht die Durchseuchung oder die prophylaktischen Maassnahmen der Behörden, und darum ist auch die Befürchtung, dass bei der Rückkehr der Choleraflüchtlinge die Epidemie neu aufleben wird, grundlos und die Cholera wird in Russland so wenig über die undurchseuchten

Heimkehrenden herfallen wie bei der heftigen Choleraepidemie 1887 in Messina, wenn nicht durch Wiederkehr der zeitlichen und örtlichen Disposition der Cholerakeim neuerdings zur Entwicklung kommt. Dann aber wird die schon durchseuchte Bevölkerung nicht weniger von der Epidemie zu leiden haben, als die undurchseuchten wiedergekehrten Choleraflüchtlinge. Als neue Etappen auf dem Wanderzuge der Cholera sind die Städte und Landbezirke Cherson und Berdjansk in Taurien, und die Hauptstadt des russischen Reichs Petersburg zu nennen. Einzelne Cholerafälle, offenbar eingeschleppte, sind schon mehrmals aus Petersburg gemeldet worden. Jetzt scheint die Stadt entschieden epidemisch ergriffen zu sein. In der Zeit vom 1.—12. August sind in den Petersburger Spitälern insgesammt 154 choleraverdächtige Erkrankungen beobachtet worden, davon waren angeblich 28 unzweifelhaft Erkrankungen an asiatischer Cholera. Vom 12. August an mehren sich die täglichen Cholerafälle, am 17. August starben 22 und erkrankten 60 Personen an Cholera. Auch auf dem Lande um Petersburg kommen jetzt täglich Cholerafälle vor.

In Persien ist die Cholera in der vergangenen Woche noch weiter angewachsen, im übrigen Asien hat sie dagegen noch keine Fortschritte gemacht. In den prophylaktischen Maassregeln macht sich der alte Conservatismus geltend. Die Türkei hat gegen die Cholera in Kleinasien ihre Militärcordons gezogen, gegen die Verbreitung durch den Schiffsverkehr die lucrativeren Quarantänen angeordnet, dieselben für Provenienzen aus den syrischen Häfen, wohl wegen ihrer Wirksamkeit, aber bereits wieder von 10tägiger auf 5tägige Dauer herabgemindert. Im übrigen Europa versucht man durch strenge Ueberwachung des See- und Eisenbahnverkehrs, durch Isolirung der ersten Choleraverdächtigen und durch Verbote des Grenzhandels, namentlich des Handels mit Nahrungsmitteln dem Cholerakeim den Eintritt zu erschweren.

Hoffentlich trägt der Verlauf der heurigen Choleraepidemie in Russland dazu bei, die Ansichten über die Ursachen der Choleraepidemien und über die Mittel zur Verhütung derselben endlich zu klären. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 30. Jahreswoche, vom 24. bis 30. Juli 1892, die grösste Sterblichkeit Stettin mit 36,8, die geringste Sterblichkeit Kiel mit 11,1 Todesfällen, in der 31. Jahreswoche, vom 31. Juli bis 6. August 1892, die grösste Sterblichkeit Spandau mit 41,9, die geringste Sterblichkeit Bremen mit 11,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Duisburg; an Diphtherie und Croup in Barmen, Elbing, Mainz, Posen und Rostock.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Oberstabsarzt Dr. Rudolf Köhler, leitender Arzt an der chirurgischen Charité-Klinik, wurde zum Professor der Kriegsheilkunde an den militärärztlichen Bildungsanstalten ernannt. — **Leipzig.** Professor Wundt feierte am 16. August seinen 60. Geburtstag.

Budapest. Der ausserordentliche Professor Dr. Emmerich Réczey wurde zum ordentlichen Professor der Chirurgie und zum Vorstande der II. chirurgischen Klinik ernannt. — **Dorpat.** Mit Ende des gegenwärtigen Sommerhalbjahres scheidet Professor Carl Schmidt, ein Schüler Liebig's und Wöhler's aus seinem Lehramte für physiologische Chemie, dem er seit 1852 vorsteht. — **Graz.** Als Professor und Vorstand der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik an hiesiger Universität wird Prof. v. Rokitansky, derzeit Director des Maria-Theresia-Frauen-Hospitals in Wien genannt. — **Innsbruck.** Privatdocent Dr. Carl Foltanek in Wien wurde zum ausserordentlichen Professor der Kinderheilkunde an hiesiger Universität ernannt. — **Paris.** Professor Verneuil, der Chirurg des Hotel-Dieu in Paris, ist von seiner Lehrkanzel zurückgetreten. — **Turin.** Die medicinische Akademie zu Turin übersandte an Prof. Jacob Moleschott bei Gelegenheit von dessen 70. Geburtstag eine lateinische Huldigungsadresse. — **Wien.** Der Vorstand der II. chirurgischen Abtheilnng des Allgemeinen Krankenhauses, Prof. R. v. Mosetig, wird vom kommenden Winter an klinische Parallelvorlesungen für allgemeine und specielle Chirurgie halten. Den Studierenden werden daher vom nächsten Wintersemester ab 4 Lehrsäle der Chirurgie offen stehen, wodurch der unerhörten Ueberfüllung der klinischen Auditorien wenigstens theilweise abgeholfen werden dürfte.

(Todesfälle.) Am 15. August starb zu Mülheim a. Rh. der geheime Sanitätsrath Dr. Ludwig Winckel. Früher praktischer Arzt zu Gummersbach wurde er inmitten der dortigen mit Rhachitis und Osteomalacie vielfach behafteten Bevölkerung zu einem Meister der Geburtshilfe und ist wohl derjenige Arzt, der in der Landpraxis die meisten Kaiserschnitte ausführte. Die dort gewonnenen Erfahrungen sind in äusserst werthvollen Arbeiten in der Monatsschrift für Geburtshilfe niedergelegt. Durch eingehende Studien über die Ursachen der Osteomalacie und durch Besserung der hygienischen Verhältnisse gelang es ihm, die Häufigkeit dieser Knochenerkrankung in jenen Bezirken erheblich einzuschränken. Später zum Kreisphysikus in Mülheim a. Rh. ernannt wirkte er in dieser Stellung gleich frisch an Körper wie an Geist bis zu seinem im 83. Lebensjahre erfolgten Tode und blieb sogar der Ausübung der praktischen Geburtshilfe bis in sein hohes Alter treu, so dass er noch im Jahre 1889 einen Fall von Kaiserschnitt veröffentlichen konnte. Ludwig Winckel ist der Vater des Münchener Professors der Gynäkologie und Geburtshilfe Franz v. Winckel.

Im Seebade Zandvoort starb Dr. Julius v. Beregszászy, praktischer Arzt in Wien im 46. Lebensjahre, ein auf dem Gebiete der Laryngologie vielfach genannter Arzt und Schriftsteller.

In Chicago ist der Professor der Pädiatrie und Geburtshilfe am Rush Medical College Dr. J. Sydnam Knox gestorben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Pensionirung. Der k. Bezirksarzt II. Cl. Dr. Fr. Brebisius in Pappenheim wurde auf Ansuchen unter Allerhöchster Anerkennung seiner langjährigen, mit Eifer und Treue geleisteten Dienste in den dauernden Ruhestand versetzt.

Verzogen. Dr. Wilhelm Peine von Aibling nach München; Dr. Heinrich Lehmann von München nach Zweibrücken.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 32. Jahreswoche vom 7. bis 13. August 1892.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 97 (90*), Diphtherie, Croup 33 (28), Erysipelas 8 (7), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 3 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 17 (27), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 8 (8), Parotitis epidemica — (1), Pneumonia crouposa 9 (9), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 14 (12), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 6 (10), Tussis convulsiva 15 (16), Typhus abdominalis 5 (2), Varicellen 9 (8), Variola — (—). Summa 225 (219). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 32. Jahreswoche vom 7. bis 13. August 1892.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (1), Scharlach — (—), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 3 (3), Keuchhusten 1 (3), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 10 (11), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung — (3), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 172 (179), der Tagesdurchschnitt 24.6 (25,6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.4 (25.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 12.9 (12.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 10.9 (10.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Abonyi, Compendium der Zahntechnik für Studirende und Aerzte. Stuttgart, Enke, 1892.

Schüller, Mittheilungen aus dem Gebiete der Knochen- und Gelenkerkrankungen. S.-A. Berliner klin. W. 1892, No. 28.

— —, Gujakolbehandlung der Tuberculose. S.-A. Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. II. Bd.

Bericht über die IV. Sitzung der Aerztekammer der Provinz Ostpreussen (II. Wahlperiode 1890—1893).

Ferrier, De la Greffe Dentaire par restitution. S.-A. Bulletins de la Société. de Stomatologie. Paris, 1892.

Pfeiffer, Verhandlungen der IX. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

Ewald, Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

Sitzungsberichte des ärztlichen Vereins München. S.-A. Münchener med. W. München, Lehmann, 1892.

Verhandlungen des X. internationalen medicin. Congresses. Berlin, 4.—9. August 1890. Berlin, Hirschwald, 1891.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. Herausgegeben von P. Baumgarten. Jahrgang VI. 2. Hälfte. 1890. Mit Reg. zu Jahrg. I.—V. Braunschweig, Bruhn, 1892. M. 7. 20.

Kowalk, Militärärztlicher Dienstunterricht für einjährig-freiwillige Aerzte und Unterärzte. Berlin, Mittler u. S. 1892.,

Leloir und Vidal, Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. Lfg. 2, Deutsch von E. Schiff. Hamburg, Voss, 1892.

Schnitzler, Zur Aetiologie der Cystitis. Wien, Braumüller, 1892.

Wolpert, Eine einfache Luftprüfungsmethode. Leipzig, Baumgärtner, 1892.

Gerlach u. Schlagintweit, Skelettafeln. 4°. Erlang., Bläsing, 1892.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.